



SAVONIA

"Apua vai ei?"

**Asiakastyytyväisyyskysely Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisen
kotikuntoutuksen asiakkaille**

Jenna Huttunen & Terhi Ryhänen

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Jenna Huttunen ja Terhi Ryhänen	
Työn nimi "Apua vai ei?" Asiakastyytyväisyyskysely Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaille	
Päiväys 9.10.2013	Sivumäärä/Liitteet 43/3
Ohjaaja(t) Katrina Hyvönen ja Merja Jokelainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, psykiatrinen kotikuntoutus	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa kuntoutukseen ja tukeen. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää miten asiakkaat suhtautuvat kotona tapahtuvaan kuntoutukseen. Tavoitteena oli, että asiakastyytyväisyys kyselyn tulokset auttavat työntekijöitä parantamaan psykiatrasta kotikuntoutusta.</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrinen kotikuntoutus. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli 24 kysymystä, joista viisi oli avoimia kysymyksiä. Kysely toteutettiin kesän 2013 aikana. Kyselyjä lähetettiin 72 kappaletta ja vastauksia saimme 27 kappaletta, mikä tekee vastausprosentiksi 37,5 %.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen ja tukeen sekä siihen, että kuntoutus tapahtui kotona. Asiakkaista 62 % oli täysin samaa mieltä siitä, että heitä tuettiin riittävästi heidän kuntoutumisessaan. Kotona tapahtuva kuntoutus oli asiakkaiden mielestä hyvä asia, sillä täysin samaa mieltä asiasta olevia oli 73 % vastanneista.</p> <p>Tulosten perusteella psykiatrisen kotikuntoutuksen henkilökunta voi parantaa työtavoillaan asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa kuntoutukseen ja tukeen. Tuloksista hyötyvät myös psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaat. Tuloksia voi hyödyntää myös muut psykiatrasta kotikuntoutusta tarjoavat tahot.</p>	
Avainsanat mielenterveyspotilaan kuntoutus, psykiatrinen kotikuntoutus, mielenterveysongelmat, kuntouttava työote ja asiakastyytyväisyys.	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Jenna Huttunen and Terhi Ryhänen			
Title of Thesis "Help or not?" Customer satisfaction survey to psychiatric home rehabilitation customers of Ylä-Savo SOTE Joint Municipal Authority in Social and Health care			
Date	9.10.2013	Pages/Appendices	43/3
Supervisor(s) Katrina Hyvönen and Merja Jokelainen			
Client Organisation /Partners Ylä-Savo SOTE Joint Municipal Authority, psychiatric home rehabilitation			
<p>Abstract</p> <p>Ylä-Savo SOTE Joint Municipal Authority's psychiatric home rehabilitation customers' satisfaction with rehabilitation and support that they had received was studied in this thesis. The purpose was also to clarify how the customers react to the fact that rehabilitation happens at home. The aim was that the employees could improve psychiatric home rehabilitation with the help of the results from the customer satisfactions survey.</p> <p>The client organization in the thesis was the psychiatric home rehabilitation of the Ylä-Savo SOTE Joint municipal Authority. The study was done using the quantitative research method. The material was collected with a structured questionnaire which had 24 questions and five of them were open questions. The survey was carried out in summer 2013. 72 surveys were sent and 27 answers were received, which makes the response rate 37,5 %.</p> <p>The results revealed that the customers were mainly satisfied with the rehabilitation and support that they had received and also with the fact that rehabilitation takes place at home. 62 % of the customers agreed completely that they were supported enough in their rehabilitation. The fact that rehabilitation happens at home was a good thing because 73 % of the customers totally agreed that it is a good thing.</p> <p>The results also showed that the employees of the psychiatric home rehabilitation could improve customers' satisfaction with rehabilitation and support with their working methods. The customers will also benefit from the results. Other psychiatric home rehabilitation units can also use the results to improve their work.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Rehabilitation of the mental health patient, psychiatric home rehabilitation, mental problems, rehabilitating work method, customer satisfaction</p>			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	1
2	MIELENTERVEYSPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN	3
2.1	Mielenterveyspalvelut.....	3
2.2	Suomen mielenterveyspalvelujen kehittyminen.....	3
2.3	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän mielenterveyspalvelujen kehittyminen.....	4
2.4	Hankkeet ja ohjelmat.....	4
3	MIELENTERVEYSPOTILAIEN KUNTOUTUS.....	6
3.1	Kuntoutus ja mielenterveyskuntoutus	6
3.2	Kuntoutusmenetelmät.....	7
4	PSYKIATRINEN KOTIKUNTOUTUS	9
4.1	Psykiatrisen kotikuntoutuksen tarkoitus ja tavoitteet	9
4.2	Psykiatrinen kotikuntoutus ulkomailla	9
4.3	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrinen kotikuntoutus.....	10
4.4	Psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakastyytyväisyys.....	12
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	15
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA KÄYTETYT MENETELMÄT	16
6.1	Tutkimusmenetelmän valinta	16
6.2	Aineiston keruu	16
6.3	Aineiston analysointi	18
7	TUTKIMUSTULOKSET	20
7.1	Kyselyn toteuttaminen ja vastaajien taustatiedot.....	20
7.2	Vastaajien tyytyväisyys kuntoutukseen ja tukeen.....	20
7.3	Mielipiteet kotona tapahtuvasta kuntoutuksesta	25
8	POHDINTA	27
8.1	Johtopäätökset.....	27
8.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	28
9.2	Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet	29
9.3	Ammatillinen kehitys.....	30
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	36

Liite 1 Asiakastyytyväisyyskysely
Liite 2 Saatekirje
Liite 3 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Joka vuosi Suomessa sairastuu 1,5 % väestöstä johonkin tiettyyn mielenterveyden häiriöön ja yhden vakavan masennusjakson elämänsä aikana kokee vähintään joka kymmenes ellei jopa joka viides (Huttunen 2008). Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat myös suuria kustannuksia yhteiskunnalle (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 15). Yleisimpiä mielenterveysongelmia ovat erilaiset mielialahäiriöt, joihin kuuluu esimerkiksi masennustilat sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö (bipolaarihäiriö). Lisäksi ahdistuneisuushäiriöt ovat väestömme keskuudessa hyvin yleisiä mielenterveydenhäiriöitä. (Lönqvist 2011.)

Mielenterveyspalveluiden avohoitokäynnit ovat kasvaneet vuodesta 2006 lähtien, kun taas hoitopäivien ja -jaksojen määrät ovat 2000-luvulla vähentyneet merkittävästi (Rautiainen & Pelanteri 2012, 2). Psykiatristen sairaansijojen määrä on 1980-luvulta lähtien vähentynyt (Lehtinen & Taipale 2005). Avomuotoisten mielenterveyspalvelujen kehittämisen myötä sairaansijojen määrän tarve tulisi laskea 3 000:en paikkaan vuoteen 2015 mennessä (Partanen ym. 2009, 33). Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä avohoitokäyntien määrä on niin ikään kasvanut. Hoitopäivien määrä on vähentynyt, kun taas hoitotaksot ovat lisääntyneet. Hoitotaksoiden lisääntymistä selitetään sillä, että Koljonvirran sairaalaan avattiin vuonna 2007 mielenterveys- ja päihdeosasto. (Kesti & Korhonen 2010, 5.)

Avomuotoisia mielenterveyspalveluja pyritään vahvistamaan sekä monipuolistamaan, koska sairaansijojen määrä vähenee (Partanen ym. 2009, 33). Tästä syystä on hyvä kehittää psykiatrista kotikuntoutusta, jotta välttyttäisiin pitkäaikaispotilaiden sairaalahoitoon tarpeelta. Psykiatrisen kotikuntoutuksen tavoitteena on saada asiakas säilyttämään toimintakykynsä ja terveytensä sellaisena, että hän pärjää kotonaan. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2007.) Psykiatrisen kotikuntoutuksen tarkoituksena on ohjata ja tukea asiakasta arjessa selviytymisessä. Asiakkaan kuntoutus on yksilöllistä ja jokaiselle asiakkaalle tehdään kuntoutussuunnitelma. (Hankonen 2012, 23–24; Nikkonen, Hiltunen, Härkönen, Kylmänen & Palonen 2001, 25.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaiden tyytyväisyys saamaansa kuntoutukseen ja tukeen. Lisäksi selvitimme, miten asiakkaat kokevat sen, että kuntoutus tapahtuu kotona. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisen kotikuntoutus on osa Kaste-ohjelman rahoittamaa Arjen mieli -hanketta ja Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän avohoitopainotteista mielenterveys- ja päihdehanketta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Opinnäytetyön tavoitteena

oli, että asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset auttavat työntekijöitä parantamaan psykiatrista kotikuntoutusta.

2 MIELENTERVEYSPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN

2.1 Mielenterveyspalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on vastata valtakunnallisesti mielenterveystyön suunnittelemisesta, ohjaamisesta sekä valvomisesta. Muita mielenterveystyöhön liittyviä toimijoita ovat Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), jonka tehtävänä on kehittää ja tutkia mielenterveystyötä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) ja aluehallintavirastojen tehtävänä on valvoa mielenterveyspalveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a.)

Mielenterveystyötä määritellään kahdessa eri laissa, joita ovat Terveidenhuoltolaki 1326/2010 ja Mielenterveyslaki 1116/1990. Näiden lakien mukaan mielenterveystyön tavoitteena on vähentää mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä sekä vahvistaa mielenterveyttä. Mielenterveyspalvelut, mielenterveysongelmien ehkäisy sekä mielenterveyttä parantava työ kuuluvat mielenterveystyöhön. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Jokainen kunta vastaa asukkaidensa mielenterveyspalveluista, joihin kuuluvat ohjaaminen, neuvominen, tukeminen erilaisissa tilanteissa, mielenterveysongelmien tutkimus sekä niiden hoitaminen ja kuntouttaminen. Ensisijaisia palveluja ovat avo- sekä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut. Erikoissairaanhoidossa mielenterveyspalveluita järjestetään psykiatrisilla poliklinikoilla sekä psykiatrisissa sairaaloissa. Kunnan sosiaalihuollon tehtävänä on järjestää kuntouttavaa työtoimintaa ja koti- sekä asumispalveluita mielenterveyskuntoutujille. Työikäisten kansalaisten mielenterveyteen liittyviä asioita tukee työterveyshuolto. Lapsilla ja nuorilla tärkeässä asemassa ovat neuvolat sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a.)

2.2 Suomen mielenterveyspalvelujen kehittyminen

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vuosille 2009–2015 (Bergman ym. 2010, 5) mukaan mielenterveyspalveluita tulisi kehittää avohoitopainotteisemmaksi. Avohoitopainotteisuus näkyy jo nyt avohoitokäyntien määrissä, sillä vuoden 2010 aikana yli 20 000 potilasta kävi psykiatrisessa sairaalahoidossa, kun vastaava luku avohoidossa oli lähes 150 000. Potilaista noin 155 000

käytti psykiatrian erikoisalan palveluita. Hoitopäiviä vuonna 2010 kertyi lähestulkoon 1,5 miljoonaa ja avohoidon puolen käyntejä reilut 1,6 miljoonaa. Hoitojaksot ja -päivät ovat vähentyneet 2000-luvun aikana. (Rautiainen & Pelanteri 2012, 1–2.)

Psykiatristen sairaansijojen määrä oli 1980-luvun alussa 20 000 ja vuoden 1990 alkuun mennessä samainen luku oli 12 300 paikkaa. Vuoden 2002 laskennallinen psykiatristen sairaansijojen määrä oli enää vain alle 5 000. (Lehtinen & Taipale 2005.) Tällä hetkellä sairaansioja on jäljellä 4 600 ja tavoitteena on vähentää vuoteen 2015 mennessä psykiatristen sairaansijojen määrä 3 000:en. Vähentämistä perustellaan sillä, että avomuotoisia mielenterveyspalveluja pyritään vahvistamaan sekä monipuolistamaan, mikä tarkoittaa sitä, että sairaansijojen tarve vähenee. (Partanen ym. 2009, 33.)

2.3 Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän mielenterveyspalvelujen kehittyminen

Sairaaansijojen määrä tulee vähentymään vuoteen 2015 mennessä ja tästä syystä avomuotoisia palveluja tulee lisätä (Partanen ym. 2009, 33). Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä sairaansijojen väheneminen mielenterveyshoitotyössä tarkoittaa, että niitä jää jäljelle 20–21. Päihdelaitoshuoltoa varten tarvitaan lisäksi kahdeksan paikkaa. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä mielenterveyshoitotyön avohoitokäynnit ovat lisääntyneet, sillä vuonna 2006 avohoitokäyntejä oli yli 31 500. Samainen luku oli vuonna 2009 jo reilut 39 000. Tavoite vuodelle 2015 on 35 000 avohoitokäyntiä. (Kesti & Korhonen 2010, 5.)

Hoitopäiviä Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä oli vuonna 2006 yli 14 800. Vuonna 2009 hoitopäivien määrä oli vähentynyt noin 650 päivällä. Vuoden 2015 tavoite hoitopäiville jää 8 000:en. Hoitojaksojen määrä on taas kasvanut vuoden 2006 määrästä (639) vuoteen 2009 mennessä 336 hoitojaksolla. Hoitojaksojen määrän kasvu selittyy sillä, että vuonna 2007 avattiin mielenterveys- ja päihdeosasto Koljonvirran sairaalaan, jonne siirtyi terveyskeskusten vuodeosastoilta muun muassa katkaisuhoitopotilaat. Tavoite vuodelle 2015 on 700 hoitojaksoa. (Kesti & Korhonen 2010, 5.)

2.4 Hankkeet ja ohjelmat

Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Ohjelmaa pidetään strategisena ohjausvälineenä ja sen tarkoituksena on johtaa sekä uudistaa suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Uuden Kaste-ohjelman valtioneuvosto vahvisti helmikuussa 2012. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja ter-

veydenhuollon rakenteiden ja palveluiden asiakaslähtöinen järjestäminen ovat Kaste-ohjelman tavoitteita. Kaste-ohjelman valmistelusta ja toimeenpanosta vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta ja sen alaisuuteen kuuluva johtoryhmä sekä viisi alueellista johtoryhmää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

Arjen mieli on Kaste-ohjelmaan kuuluva kehittämishanke, jonka tarkoituksena on parantaa mielenterveys- ja päihdehoidon laatua ja suunnitelmallisuutta Keski- ja Itä-Suomen alueella. Hankkeen kesto on vuosille 2011–2013 ja sitä hallinnoi Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. (Arjen mieli 2011.) Hanketta rahoitetaan Kaste-ohjelman määrärahoista (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2011) ja valtion rahoitus hankkeeseen on 1,6 miljoonaa (Kesti 2011). Yhteisinä haasteina hankkeessa on jakaa hyviä käytäntöjä, vahvistaa ennaltaehkäiseviä palveluita, lisätä asiakaslähtöisyyttä, tuottaa matalan kynnyksen paikkoja sekä saada toimimaan perus- ja erikoissairaanhoidon palvelut. Hankkeen päätavoitteina on lasten ja nuorten palvelujen sekä peruspalvelujen vahvistaminen ja avohoidon kehittäminen ensisijaiseksi hoitomuodoksi. Päätavoitteena on lisäksi edistävän ja ehkäisevän työn lisääminen sekä varhaisen puuttumisen parantaminen. (Kesti 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vuosille 2009–2015. Sen tarkoituksena on kehittää yhtenäiseksi mielenterveys- ja päihdetyötä. Suunnitelmassa on 18 eri ehdotusta, jotka edesauttavat yhtenäistymistä. Suunnitelman painotus on asiakkaan oman aseman vahvistaminen, mielenterveyden sekä päihitteettömyyden ehkäisevän työn tehostaminen ja muiden ongelmien sekä haittojen tehostettu ehkäisevä työ. Ehdotuksiin kuuluvat myös palveluiden kehittäminen perus- ja avohoitopainotteisemmaksi sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon kehittäminen niin, että ongelmat huomioitaisiin yhtä aikaa. (Bergman ym. 2010, 5.)

3 MIELENTERVEYSPOTILAIEN KUNTOUTUS

3.1 Kuntoutus ja mielenterveyskuntoutus

Kuntoutuksella tarkoitetaan toimintaa, joka pyrkii parantamaan ihmisen toimintakykyä sekä sosiaalista selviytymistä. Lisäksi kuntoutuksen tarkoituksena on edistää ihmisen työkykyä ja turvata työuran jatkuvuus. Aikojen saatossa ja yhteiskunnan muuttuessa kuntoutuksen tavoitteet, sisällöt sekä toimintatavat ovat muuttuneet. Puhuttaessa 1940- ja 1950-luvuista, kuntoutus sisälsi ennen kaikkea sodassa ja tapaturmissa syntyneiden vaurioiden ja niistä syntyneiden haittojen korjaamisesta. Siirryttäessä 2010-luvulle voidaan sanoa, että kuntoutus on monipuolistunut. Nykypäivänä kuntoutuksen tarkoituksena on ehkäistä ja kompensoida sairauksiin, vammoihin sekä sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvät ongelmat. Lisäksi kuntoutuksella pyritään tukemaan ihmisten ja eri väestöryhmien voimavaroja, autetaan arjessa selviytymisessä ja edistetään arjen hyvinvointia. Erittäin tärkeää on tuen antaminen elämän eri siirtymävaiheissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 8.)

Mielenterveyskuntoutus on monialainen kuntouttavien palveluiden kokonaisuus. Kuntoutus suunnitellaan kuntoutujan kanssa yhteistyössä ottaen huomioon hänen yksilölliset tarpeensa. Kuntoutusprosessissa ammattihenkilö toimii kuntoutujan yhteistyökumppanina. Kuntoutujan kuntoutustavoitteiden asettelun ja toteuttamisen tukeminen, motivointi sekä rohkaiseminen kuuluvat yhteistyökumppanin tehtäviin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 13.) Mielenterveyskuntoutuksessa tavoitteena on, että asiakkaan työ- ja toimintakykyä ylläpidetään ja parannetaan. Työ- ja toimintakyvyn muutoksiin ei aina välttämättä riitä ainoastaan oireiden lievittyminen, vaan usein tarvitaan myös kuntoutusta. Tästä syystä onkin tärkeää pitää mielessä hoitosuunnitelmaa suunniteltaessa, tehdessä sekä arvioitaessa myös kuntoutustavoitteet. Onnistunut mielenterveyshäiriöiden kuntoutustoiminta on merkittävää myös yhteiskunnan kannalta. Työkyvyn säilyttäminen tai palauttaminen merkitsee sitä, että eläkkeelle siirtyminen lykkäytyy. Tarkasti kuntoutustavoitteisiin rajautuvien vaikutusten lisäksi hyvän ja onnistuneen kuntoutuksen myötä asiakkaan elämän laatu paranee ja oireet lievittyvät. (Pylkkänen 2008.) Kuntoutus voi olla myös luonteeltaan korjaavaa tai palauttavaa ja sillä voidaan ehkäistä toimintakyvyn haittoja. Lisäksi kuntoutuksella voidaan pyrkiä minimoimaan kroonistuneiden sairauksien haittoja. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kieseppä & Lönnqvist 2011.)

Sairastumisen tiedostaminen sekä kuntoutusmotivaation herääminen on kuntoutusprosessin ensimmäinen vaihe, joka voi kestää jopa vuosia. Toiseen vaiheeseen siirryttäessä

sä alkaa monivaiheinen aktiivinen työskentely, joka niin ikään voi kestää useita vuosia. Kuntoutuksessa kuntoutuja tavoittelee mahdollisimman itsenäistä sekä merkityksellistä elämää sairaudestaan huolimatta. Kuntoutujalla tulee aina olla oma nimetty hoitohenkilö, esimerkiksi sairaanhoitaja, joka tukee häntä kuntoutumisessa. (Isohanni ym. 2011.) Kuntoutuksen tavoitteena on, että kuntoutuja saadaan auttamaan itseään (Rissanen 2008).

Kuntoutuksessa tärkein kuntoutujan voimavara on hän itse. Kuntoutus on kokonaisvaltaista ja siinä on otettava huomioon kuntoutujan persoona, elämäntilanne, läheiset sekä taloudellinen tilanne. On tärkeää, että kaikki kuntoutujan voimavarat tunnistetaan ja otetaan käyttöön elämänhallinnan- ja laadun tarpeita vahvistettaessa. (Rissanen 2008.)

Pääsääntöisesti asiakkaan tulisi itse täyttää kuntoutussuunnitelmansa. Kuntoutussuunnitelma pitää sisällään asiakkaan nykyisen psykososiaalisen tilanteen sekä sairausoireilun, vaadittavat tai toivotut muutokset ja keinot muutoksien toteuttamiseksi. Kuntoutussuunnitelman tekoon potilaan tueksi osallistuu moniammatillinen tiimi, johon kuuluu vähintään lääkäri ja nimetty hoitaja. Suosituksena kuitenkin on, että moniammatilliseen tiimiin lääkärin sekä nimetyn hoitajan (sairaanhoitaja tai mielenterveyshoitaja) lisäksi kuuluisivat nimetyn hoitajan valittu varahenkilö, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. (Isohanni ym. 2011.) Kuntoutustiimin tehtävänä on asiantuntemuksellaan korostaa kuntoutujalle selkeitä ja pienten askeleiden tavoitteita sekä kuntoutuksen jatkuvuutta (Rissanen 2008).

3.2 Kuntoutusmenetelmät

Kuntouttava työote kuuluu nykyisin kaikkeen hyvään hoitoon. Se tarkoittaa, että työntekijällä on kuntouttava työtapa, jolla hän ottaa huomioon potilaan osallistuvuuden ja vaikutusmahdollisuudet. Kuntouttava työote suosii potilaan omatoimisuutta ja edistää hänen selviytymistään ja elämänhallintaansa. Potilasta kannustetaan itsenäisyyteen omat voimavarat huomioiden. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.) Perhe, opiskelu, työ sekä ihmissuhteet ovat tekijöitä, jotka tukevat ihmisen mielenterveyttä. Edellä mainittujen asioiden huomioiminen hoidon ja ohjauksen ohella on erittäin olennaista. Lisäksi erilaiset ammatilliset sekä ympäristö- ja yhteisöpainotteiset toiminnot ovat yksilötoimintamuotojen rinnalla laajasti hyödynnettyjä toimintoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 13.)

Skitsofreniapotilaiden hoitoon kuuluu tärkeänä hoitomenetelmänä **psykoedukaatio**. Psykoedukaatio eli koulutuksellinen terapia muiden hoitomuotojen rinnalla voi vähentää psykoosin uusiutumista ja samalla estää sairaalahoitoon joutumisen. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan potilaan hoidon ja kuntoutumisen yhdistämistä kokonaisuudeksi (Lähteenlahti 2008). Psykoedukaatioon kuuluu tiedon antaminen sairaudesta sekä sen hoidosta ja koulutusta voidaan antaa myös omaisille. **Yksilöpsykoterapioista** kognitiivis-behavioraalinen terapia voi auttaa skitsofreniapotilasta, kun hänellä on positiivisia oireita (aistiharhat, harhaluulot, hajanaisuus) ja negatiivisia oireita (tunne-elämän häiriöt, puheen köyhtyminen, tahdottomuus). Tärkeintä hoidossa on kuitenkin se, että potilaalla on säännöllinen ja turvallinen hoitosuhde. Ryhmä- ja vertaistukiryhmät antavat sosiaalista tukea ja voivat vähentää masentuneisuutta ja kohentaa itsetuntoa. (Käypä hoito -suositus 2013; Tuominen & Salokangas 2013.)

Perheisiin liittyvät terapiat kuuluvat osana skitsofreniapotilaan hoitoon, koska niiden on todettu pienentävän psykoosin uudelleen puhkeamisen riskiä sekä lisäävän lääkemyönteisyyttä. Erilaiset **luovat terapiat**, kuten musiikki- tai kuvataideterapiat saattavat kohentaa potilaiden toimintakykyä ja psyykkistä vointia. **Psykofyysisistä menetelmistä** liikunta voi auttaa skitsofrenian oireisiin. Skitsofreniapotilaiden sosiaalisia taitoja voidaan kohentaa harjoittelemalla niitä yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. Erilaiset **päiväkeskuksien** tarjoamat toiminnot voivat olla hyödyksi heille kuntoutumisessa. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Kognitiivisella kuntoutuksella voidaan parantaa skitsofreniapotilaiden sanallista muistia sekä toimintakykyä. Kotiympäristön muokkaus voi parantaa arkista toimintaa kotona asuvalle. Skitsofreniapotilaiden työssä selviytymistä ja töiden saantia voidaan parantaa yhdistämällä kognitiivinen kuntoutus **työkuntoutukseen** tai **tuettuun työhön**. Ammatillista kuntoutusta on esimerkiksi tuettu työllistyminen, mikä tarkoittaa sitä, että kuntoutuja saa tukea suoraan työpaikalla. Työtoimintaa voidaan harjoittaa asteittain, eli aloitetaan helpommasta työtehtävästä edeten vaativimpiin tehtäviin. **Elämäntapaohjaus**, kuten ravitsemusneuvonta, voi vaikuttaa skitsofreniapotilaiden terveyskäyttäytymiseen positiivisesti. (Käypä hoito -suositus 2013.)

4 PSYKIATRINEN KOTIKUNTOUTUS

4.1 Psykiatrisen kotikuntoutuksen tarkoitus ja tavoitteet

Kuntoutus, joka tapahtuu kotona, on kotikuntoutusta ja se on asiakkaan tarpeista lähtevää (Virtanen 2005, 26). Psykiatrasta kotikuntoutusta pyritään kehittämään, jotta välttäisiin pitkäaikaispotilaiden sairaalahoidon tarpeelta. Psykiatrisen kotikuntoutuksen tehtävänä on huolehtia pitkäaikais- tai jatkuvaa tukea tarvitsevista asiakkaista. Tarkoituksena on saada asiakkaan toimintakyky ja terveys sellaiseksi, että hän pärjää kotonaan. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2007.)

Tavoitteena psykiatrisessa kotikuntoutuksessa on, että asiakas ja hänen omaisensa tuntevat saavansa apua. Lisäksi tavoitteena on, että asiakas oppii omasta sairaudestaan lisää ja motivoituu kuntouttamaan itseään. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2007.) Kuntoutus aloitetaan tekemällä asiakkaan kanssa kuntoutussuunnitelma, joka voi pitää sisällään sosiaalisten tilanteiden harjoittelua, lääkeseurantaa tai tukea ja ohjausta (Hankonen 2012, 23–24).

4.2 Psykiatrinen kotikuntoutus ulkomailla

Saudi-Arabiassa psykiatrisesta kotikuntoutuksesta on saatu positiivisia tutkimustuloksia. Tutkimuksen mukaan psykiatrisessa kotikuntoutuksessa olevilla skitsofreniapotilailla on huomattavasti vähemmän toistuvia sairaalajaksoja ja sairaalassaolopäiviä kuin perinteisessä sairaalan osastohoidossa olevilla. (Hafiz, Samy, Fahmy, Ibrahim & Mesailhi 2010, 51.) Koko 1990-luvun ajan psykiatristen potilaiden hoito ja kuntoutus kotona on ollut Amerikassa suuressa kasvussa, koska psykiatristen sairaansijojen määrä on vähentynyt ja samalla sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet (Cunningham 2007).

Alankomaissa toimii psykiatrinen kotikuntoutustiimi, joka tarjoaa kuntoutusta asiakkaille kotiin muutaman kuukauden ajan tai tarvittaessa pidempään. Heidän tavoitteenaan on säilyttää asiakkaiden itsenäisyys ja välttää sairaalajaksoja. (Psychiatric Home Health Care, MHF 2011.) Virginiassa toimivan psykiatrisen kotikuntoutustiimin tavoitteet ovat samanlaisia kuin Alankomaissa. Yksi heidän päätavoitteistaan on auttaa perheiden pysymistä yhteiskunnan mukana sekä parantaa heidän elämänlaatuaan. (University of Virginia 2013.)

Puolassa psykiatrasta kotikuntoutusta on annettu psykiatrisille potilaille jo yli 15 vuotta ja toimintamalli on hyvin samanlainen kuin Suomessa. Puolassa psykiatrisen kotikuntoutuksen rooli on asiakkaiden kuntoutuksessa erittäin huomattava. Vuonna 1995 psykiatrisessa kuntoutuksessa oli ollut 6 500 asiakasta, kun vuoteen 2000 mennessä asiakasmäärä oli lähes kaksinkertaistunut. Psykiatrisen kotikuntoutuksen myötä sairaalahoitajaksot ovat vähentyneet myös Puolassa. Tutkimuksia psykiatrisesta kotikuntoutuksesta on tehty kuitenkin vähemmän kuin Suomessa. (Bronowski, Sawicka & Charzynska 2011, 32–33.)

4.3 Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrinen kotikuntoutus

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrinen kotikuntoutus on osa Arjen mieli -hanketta sekä osa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän avohoitopainotteista mielenterveys- ja päihdehanketta. Psykiatrinen kotikuntoutus on kaksi vuotta kestävä hanke, joka päättyy lokakuussa 2013. (Kesti & Haverinen 2012.) Psykiatrisen kotikuntoutuksen työryhmään kuuluu neljä hoitajaa, joista kolme on sairaanhoitajia ja yksi mielisairanhoitaja. Heidän työpisteensä sijaitsee Koljonvirran sairaalan psykiatrisen osaston 6704 yhteydessä. (Ylä-Savon SOTE 2012.)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä noudattaa kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteita, joita on muokattu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän omien tarpeiden mukaisesti (Kesti & Korhonen 2010, 7). Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän (2012) mukaan psykiatrinen kotikuntoutus on toimintamuodoltaan uusi ja sen toimintaa kehitetään jatkuvasti. Tarkoituksena on vastata psykiatristen laitospaikkojen vähentymiseen. Vastuualueena on koko SOTE kuntayhtymän alue eli Iisalmi, Sonkajärvi, Kiuruvesi ja Vieremä. (Kesti & Haverinen 2012.)

Psykiatrisen kotikuntoutuksen tarkoituksena on vähentää sairaalahoidon tarvetta pitkäaikaishoidonpotilailla. Psykiatrisen kotikuntoutuksen tarkoituksena on antaa tukea asiakkaalle hänen kotiutuessaan sairaalajaksolta ja ehkäistä sairaalahoitojaksoja oireiden pahentuessa, sekä antaa tukea kotona selviytymiseen. Psykiatrisen kotikuntoutuksen periaatteisiin kuuluvat kuntoutujälähtöisyys, vapaaehtoisuus, tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus. Lisäksi muita periaatteita ovat määräaikaisuus, turvallisuus, perhekeskeisyys, psykoedukatiivinen- sekä kuntoutujaa kunnioittava työote. (Kesti & Haverinen 2012.)

Psykiatrisen kotikuntoutuksen yhteistyökumppaneita ovat osastojen lisäksi psykiatrian avohoitoyksiköt, kotisairaanhoido, kotipalvelu ja yksityisiä hoivapalveluja tarjoavat toimijat. Lisäksi yhteistyökumppaneita ovat kolmannen sektorin toimijat, kuten mielenterveyskuntoutujien päivätoimipaikat (Louhentupa, Leppäkerttu, Touhula), Päiväkeskus Pysäkki, seurakunta sekä kuntouttava työtoiminta (Haverinen 2013.) Päiväkeskus Pysäkki tarjoaa päihteidenkäyttäjille päiväkeskus-, työllistämis- ja tukiasumispalveluja (Päiväkeskus Pysäkki Ry 2009).

Asiakkaalla on mahdollisuus päästä psykiatriseen kotikuntoutukseen, kun hoitava taho ottaa yhteyttä psykiatrisen kotikuntoutuksen hoitajiin. Tämän jälkeen pidetään yhteinen tapaaminen, johon osallistuu asiakasta hoitava taho (kotihoito, avohoido tai osaston henkilökuntaa), asiakas itse ja mahdollisesti hänen omaisiaan tai läheisiään. Lisäksi paikalla on psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijä ja mahdollisuuksien mukaan myös lääkäri tai psykiatri. Tapaamisessa selvitetään onko asiakkaalla tarvetta kuntoutukselle. (Haverinen 16.1.2013.) Päästyään psykiatriseen kotikuntoutukseen tehdään asiakkaan kanssa yksilöllinen kuntoutussuunnitelma sekä yhteistyösopimus. Kuntoutussuunnitelma on tavoitteellinen, vapaaehtoinen ja määräaikainen. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2012.)

Psykiatrisen kotikuntoutuksen kotikäynnit toteutetaan työparityöskentelynä. Työntekijöiden tehtävänä on arvioida asiakkaan toimintakykyä sekä seurata lääkettä ja motivoida siihen. Aktivointi, tuki ja motivointi sosiaaliseen elämään sekä tuen antaminen eri palveluiden käyttämiseen kuuluvat hoitajien työtehtäviin. (Kesti & Haverinen 2012.) Asiakkaan kanssa voidaan tehdä tutustumiskäyntejä, esimerkiksi vertaistukikeskuksiin (Ylä-Savon SOTE 2012). Yksi tukimuoto on tukipuhelut, joiden tarkoituksena on motivoida potilasta toimintaan. Yksinkertaisimmillaan tukipuhelun soittamisen tarkoituksena voi olla se, että saadaan potilas nousemaan ylös sängystään. (Haverinen 16.1.2013.) Psykiatrisen kotikuntoutuksen tavoitteena on auttaa asiakasta ymmärtämään omaa sairauttaan, jotta hän oppii tunnistamaan sairautensa oireita. Tavoitteena on myös saada asiakas motivoitumaan aktiiviseen oman psyykkisen ja fyysisen terveyden huolehtimiseen sekä auttamaan asiakasta palauttamaan arjen selviytymiskeinot. (Kesti & Haverinen 2012.)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisen kotikuntoutuksen suurin asiakasryhmä on pitkäaikaishäiriöpotilaat. Häiriöpotilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla todellisuuden tajua on alentunut, jolloin potilaan on vaikeaa erottaa mikä on todellista ja mikä ei. Keskeisimpiä oireita häiriöpotilailla ovat harhaluulot ja aistimukset, joita ovat esimerkiksi kuuloharhat. Potilaalla voi olla myös erilaisia näkö-, kosketus- tai hajuharhoja. Potilas voi

tuntee harhojen takia itsensä vainotuksi tai erityisen merkittäväksi henkilöksi, kuten Jumalaksi. (Huttunen 2011.)

Keskeisiä oireita ovat myös suhteuttamisharhaluulot sekä merkityselämykset. Näillä tarkoitetaan potilaan harhaisia kokemuksia, joita hän antaa esimerkiksi toisten henkilöiden eleille tai vaikka esineiden väreille. Potilaan puheet tai käytös voivat olla poikkeavia ilman varsinaisia harhaluuloja tai aistimuksia, jolloin ne määritellään silti psykoottisiksi. Harha-aistimukset voivat olla myös psyykkisen sairauden ensioire. Tällöin hoitoon haakeutuminen mahdollisimman pian on tärkeää sairauden kehittymisen kannalta. Lääkeellinen hoito on merkittävä osa psykoosisairauksien ja oireiden hoitoa. (Huttunen 2011.)

Suurin osa psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaista sairastaa skitsofreniaa, joka on monimuotoinen psyykkinen sairaus. Suomessa skitsofreniaa sairastaa 0,5–1,5 % kansalaisista ja siihen sairastuu joka sadas suomalainen elämänsä aikana. Miehet sairastuvat skitsofreniaan yleensä nuorempina kuin naiset. Sairastumisesta seuraa usein esimerkiksi syrjäytymistä, huonoa sosiaalista asemaa sekä aikaista eläköitymistä. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Sairauden tunnistaminen ja hoidon aloittaminen varhaisessa vaiheessa parantavat sairauden ennustetta. Tärkeitä asioita skitsofrenian hoidossa ovat luottamuksellinen hoitosuhde ja yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka tarkistetaan säännöllisesti. Hoidon suunnitteluun on tärkeää ottaa mukaan potilas ja hänen lähiomaisensa. Keskeistä hoidossa on psykoosilääkitys, joka pyritään pitämään tehokkaana pienellä annoksella, jotta haittavaikutukset pysyisivät mahdollisimman vähäisinä. Potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä pyritään parantamaan erilaisilla psykososiaalisilla kuntoutuksilla. Kun kyseessä on pitkäaikaishoidossa oleva potilas, on tärkeää kannustaa potilasta sitoutumaan hoitoon, järjestää palveluita kriisitilanteissa sekä ehkäistä sairauden uusiutumista. (Käypä hoito -suositus 2013.)

4.4 Psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakastyytyväisyys

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työryhmä (Koivuranta-Vaara ym. 2011, 5, 7–9, 11, 13) on laatinut Terveidenhuollon laatuoppaan, jonka tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua. Opas pohjautuu terveydenhuoltolakiin liittyvään sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen laadunhallinnasta. Asetus edellyttää, että terveydenhuollon yksiköt laativat suunnitelman, jossa käsitellään hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta. Laatu hoitotyös-

sä tarkoittaa kykyä toteuttaa asiakkaan tarpeet. Oppaan laatinut työryhmä sai aikaan tavoitteen, jonka mukaan hyvä hoito on yhteistyötä potilaan kanssa yhteisymmärryksessä ja hänen yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioon ottavaa. Hyvä hoito on myös osaan henkilökunnan toteuttama prosessi, joka on turvallista ja näyttöön sekä hoitokäytäntöihin perustuvaa. Lopputuloksena on paras mahdollinen hyöty hoidosta ja potilaan tyytyväisyys hoitoon. Tämä tarkoittaa potilaan kannalta sitä, että hän saa tarpeeksi tietoa sairaudestaan, häntä kohdellaan asiallisesti ja hoitoon pääseminen on vaivatonta. Riittävä tiedonsaanti ja ohjaus turvaavat potilaan omien päätösten teon, mikä lisää tyytyväisyyttä hoitoon. Potilaan osallistuminen hoidon suunnitteluun on myös tärkeää.

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnalla on suuri vaikutus asiakkaiden tyytyväisyyteen psykiatrisessa kotikuntoutuksessa. Tärkeänä pidettiin sitä, että hoitajat kohtelevat asiallisesti ja tasavertaisesti kuntoutujia. Hoitohenkilökunnan kautta välittyvää turvallisuuden tuntua pidettiin tärkeänä asiana samoin kuin heidän ammatillisuutta ja kuuntelutaitoja. Hoitajien vaihtuvuudesta oltiin kahta eri mieltä, osan mielestä vaihtuvuus vaikutti negatiivisesti tyytyväisyyteen ja osalle vaihtuvuudesta ei koitunut lainkaan ongelmia. Tutkimusten perusteella hoitohenkilökunnan kanssa tullaan hyvin toimeen. (Jouha 2010, 33–34; Laitila 2010, 99–101; Rimpineva & Rimpineva 2012, 35–36; Roulamo & Lehtonen 2010, 28–30, 34–35; Simola & Rauta 2008, 11–13.)

Rimpinevan ja Rimpinevan (2012, 35–36) tutkimuksen perusteella suurin osa asiakkaista oli sitä mieltä, että aika, jonka hoitohenkilökunta käytti kotikäynteihin, oli riittävä. Osa oli kuitenkin sitä mieltä, että aikaa olisi voinut käyttää enemmänkin. Kotikäyntien sisällöstä tuli melko erilaisia vastauksia. Osa vastaajista kertoi, että ohjaaja päättää sisällön, mutta itse saa kuitenkin vaikuttaa asiaan. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että sisällöstä sai päättää itse ja osa taas kertoi, että asiat päätetään yhdessä tai vaihdellen niin, että ohjaaja tai kuntoutuja itse päättää. Laitilan (2010, 91) tekemän tutkimuksen mukaan mielenterveyspotilaille on tärkeää päästä osallistumaan omaan hoitoonsa. He kokevat itsensä tasavertaisemmaksi silloin, kun asioista neuvotellaan yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa.

Tutkimusten mukaan kuntoutussuunnitelman laatimista pidettiin tärkeänä etenkin hoidon jatkuvuuden kannalta. Lisäksi viikkosuunnitelman tekemistä pidettiin tärkeänä, koska siitä näki viikoittaiset aikataulut ja menot. Suurimmalla osalla vastaajista kuntoutussuunnitelma oli tarkastettu puolen vuoden välein. (Jouha 2010, 33–34; Laitila 2010, 100–101; Roulamo & Lehtonen 2010, 34–35.)

Asiakkaat olivat kokeneet, että kotikäynnit olivat erittäin hyödyllisiä heidän kuntoutumisen kannalta. Heidän mukaansa kotikäynneistä oli saatu tukea ja kuntoutuminen oli käyntien avulla edistynyt. Kaiken kaikkiaan psykiatriseen kotikuntoutukseen oli oltu erittäin tyytyväisiä ja kotikuntoutus oli koettu turvallisena sekä luotettavana asiana. Tyytyväisyyden kannalta tärkeäksi koettiin myös perheen ja läheisten huomioimisen hoitosuhteessa ja hoidon suunnittelussa. (Jouha 2010, 33–34; Laitila 2010, 102–109; Notko & Järvikoski 2004, 53–54, 60; Rimpineva & Rimpineva 2012, 35–36; Roulamo & Lehtonen 2010, 28–30, 33.)

Lääkehoidossa oli saatu neuvontaa ja apua, kun sitä oli tarvittu. Tärkeää oli myös se, lääkehoidosta oli keskusteltu ja reseptien uusimiseen oli saatu apua. Lisäksi tyytyväisyyttä hoitoon lisäsi tiedon saanti omasta sairaudesta sekä oireista. (Jouha 2010, 33; Laitila 2010, 100; Roulamo & Lehtonen 2010, 30.)

Itsenäisesti tai tuetusti asuvat kuntoutujat kertovat tarvitsevansa apua kotonaan. Eniten apua tarvitaan kodinhoidossa, lääkityksen ja ruuan monipuolisuuden huolehtimisessa, ruuan valmistuksessa sekä ruoka-ajoissa. Kodin ulkopuolista tukea koettiin tarvittavan fyysisen kunnon ylläpitämisessä sekä sosiaali- ja terveystalvelujen käyttämisessä. (Määttä 2012, 56, 58.)

Erilaisiin ryhmätoimintoihin osallistuminen toi potilaille vaihtelua arkeen, sekä rohkeutta toimia erilaisten ihmisten kanssa. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että asiat esitettiin selkeästi, ymmärrettävällä kielellä. Potilaat kertoivat, että hoidon jatkuvuus on osa hyvää hoitoa. Sinnikäs kannustaminen ja rajojen asettaminen koettiin myös hyvänä asiana hoidossa. (Laitila 2010, 91, 99–101.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa kuntoutukseen ja tukeen. Selvitimme kyselyllä myös asiakkaiden suhtautumisen kotona tapahtuvaan kuntoutukseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että asiakastyytyväisyyskyselymme tulokset auttavat työntekijöitä parantamaan psykiatrista kotikuntoutusta. Näin asiakkaiden tyytyväisyys saamaansa kuntoutukseen ja tukeen paranee. Toimiva psykiatrinen kotikuntoutus takaa sen, että psykiatrisia sairaansijoja tarvitaan vähemmän ja samalla valtio säästää terveydenhuollon kustannuksissa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten tyytyväisiä psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaat ovat saamaansa kuntoutukseen ja tukeen?
2. Mitä mieltä he ovat siitä, että kuntoutus tapahtuu kotona?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA KÄYTETYT MENETELMÄT

6.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Opinnäytetyön toteutimme kvantitatiivisena, eli määrällisenä tutkimuksena ja kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Päädyimme kahden tutkimusmenetelmän yhdistelmään, koska näin saimme yksityiskohtaisempaa tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä kuntoutukseen ja tukeen. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla voidaan selvittää kysymyksiä, jotka liittyvät lukumääriin sekä prosenttiosuuksiin. Tämä kuitenkin edellyttää sen, että tutkimukseen osallistuvien määrä on tarpeeksi suuri ja edustava. Tutkimuksen toteutimme kokonaistutkimuksena, jota käytetään kvantitatiivisessa tutkimuksessa, kun vastaajia on alle 100. Kokonaistutkimuksella tarkoitetaan sitä, että perusjoukosta jokainen tutkitaan, mikä taas tarkoittaa sitä, että saadaan tarpeeksi suuri ja edustava joukko. (Ks. Heikkilä 2008, 16, 33.)

Aineistoa esitellään yleensä käyttämällä frekvenssejä tai prosentteja. Frekvenssi tarkoittaa sitä, että paljonko mihinkin luokkaan kuuluu tilastoyksiköitä numeroina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103.) Tulokset esittelemme prosenteilla sekä erilaisilla graafisilla kuvioilla, kuten pylväsdiagrammeilla ja taulukolla, jotka mielestämme helpottavat tulosten ymmärrettävyyttä.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää kokonaisvaltaisesti tutkittavaa kohdetta. Tarkoituksena on ymmärtää sen ominaisuuksia ja laatua. Kvalitatiivista tutkimusta voi toteuttaa eri menetelmillä ja sitä voidaan käyttää yhdessä kvantitatiivisen tutkimuksen kanssa. (Ks. Koppa s.a.)

6.2 Aineiston keruu

Määrällisessä tutkimuksessa aineistoa kerätään yleensä standardoitujen kyselylomakkeiden avulla, joissa vastausvaihtoehdot ovat valmiina (Heikkilä 2008, 16). Käytimme aineiston keruussa standardoitua kyselylomaketta (liite 1), jonka valitsimme sen selkeyden ja helppouden vuoksi. Standardoidussa kyselylomakkeessa vastausvaihtoehdot ovat valmiina, joten vastaajan on niihin helppo vastata. Halusimme yksilöllisempää tietoa asiakastyytyväisyydestä, joten lisäsimme kyselylomakkeeseen muutaman avokysymyksen (liite 1).

Kysymysten huolellinen suunnittelu on tärkeää kyselyn onnistumisen kannalta. Ennen kyselyn tekemistä täytyy tutustua aiheeseen tutkimalla kirjallisuutta, määrittämällä käsitteitä sekä miettimällä tutkimusongelmaa ja -asetelmaa. Jo kyselylomaketta suunniteltaessa tulee pohtia, miten aineisto tullaan käsittelemään. Kysymyksiä tehtäessä tulee miettiä, miten tarkkoja vastauksia halutaan ja mihin kysymyksiin vastauksia halutaan etsiä. Tutkijan on tärkeää selvittää taustatekijät, koska niillä voi olla vaikutusta tutkimukseen. Kysymysten tulee olla helppoja lomakkeen alussa, jotta vastaajan mielenkiinto herää. Kysymysten tulee olla myös selkeitä ja edetä loogisesti. Valmiin kyselylomakkeen mukaan tulee saatekirje tai saatesanat, joiden tarkoituksena on kertoa tutkimuksen syistä sekä kannustaa vastaamaan kysymyksiin. (Ks. Heikkilä 2008, 47–49, 61.)

Määrällisessä tutkimuksessa tärkeitä käsitteitä ovat havaintoyksikkö, muuttuja sekä arvo. Havaintoyksiköllä tarkoitetaan yleensä kyselyyn vastaajaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 101.) Asiakastyytyväisyyskyselymme kohdejoukkona olivat psykiatrisen kotikuntoutuksen nykyiset sekä entiset asiakkaat. Suurin osa kohdejoukkoon kuuluvista oli pitkäaikaishoidonpotilaita ja skitsofreniaa sairastavia. Kohdejoukon koko oli 72 henkilöä.

Muuttujalla tarkoitetaan yksilöistä mitattavia ominaisuuksia. Arvolla tarkoitetaan muuttujien luokkia, eli vastausvaihtoehtoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 101.) Tutkimuksessamme muuttujat olivat standardoidun kyselylomakkeen kysymyksiä ja arvot vastausvaihtoehtoja, joita oli viisi kappaletta. Ensimmäinen vaihtoehto oli täysin samaa mieltä ja viimeinen vaihtoehto täysin eri mieltä. Tutkimusongelmaan 1 saimme vastauksen kyselylomakkeen kysymysten 5–13, 15–16 ja 18–23 perusteella ja toiseen tutkimusongelmaamme saimme vastaukset kysymysten 14 ja 17 perusteella.

Sopivaa ja valmista kyselylomaketta emme löytäneet, joten teimme itse kyselylomakkeen teoreettiseen pohjautuen. Esitestauksella lisätään mittarin luotettavuutta ja toimivuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154). Esitestasimme kyselylomakkeen opiskelijatovereillamme (n=6), jotta saimme selville lomakkeen mahdolliset epäkohdat. Valitsimme kyselylomakkeen esitestaajiksi opiskelijatoverimme, jotka suuntautuvat mielenterveyshoitotyöhön, koska heillä on enemmän teoreettista tietoa psykiatrisesta kuntoutuksesta. Esitestaus oli meille tärkeää, koska kyselylomake oli tehty itse. Kyselylomakettamme emme voineet testata psykiatrisilla potilailla, koska olisimme tarvinneet siihen erillisen luvan.

Saatekirje (liite 2) ja kyselylomake (liite 1) postitettiin vastaajille ja mukaan laitettiin palautuskuori. Kysely lähetettiin kesäkuun 2013 alussa psykiatrisen kotikuntoutuksen nykyisille sekä entisille asiakkaille. Nykyisellä asiakkaalla tarkoitimme asiakasta, joka oli kyselyn aikana psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaana. Entisellä asiakkaalla tarkoitimme henkilöä, joka ei ollut kyselyn aikana psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaana. Entiset asiakkaat valitsimme kyselyyn, koska halusimme suuremman kohdejoukon. Asiakas täytti kyselyn itsenäisesti omien voimavarojensa mukaan. Kyselyyn vastaamiseen oli varattu aikaa heinäkuun loppuun saakka. Asiakkaat postittivat vastaukset Koljonvirran sairaalaan psykiatrisen kotikuntoutuksen työpisteeseen. Kirjekuoren päällä luki, että kirje on osoitettu opinnäytetyön tekijöille, jotta kukaan ulkopuolinen ei kirjettä epähuomiossa avaa. Haimme kirjekuoret sovittuna ajankohtana Koljonvirran sairaalasta.

6.3 Aineiston analysointi

Saatu aineisto tulee esikäsittellä huolellisesti, koska se edesauttaa varsinaista analyysiä. Ensin aineisto kannattaa selata läpi ja sen jälkeen tallentaa tietokoneelle, koska silloin on varmasti huomannut kaikki merkinnät. (Vehkalahti 2008, 51.) Asioiden kuvaamisessa käytetään numeerisia suureita ja havainnollistamisen keinoina voidaan käyttää taulukoi- ta sekä kuvioita. Aineistosta saatuja tuloksia verrataan aiempiin tutkimustuloksiin. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan yleensä hyvin selville olemassa oleva tilanne, muttei kuitenkaan kyetä tarpeeksi hyvin selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2008, 33.)

Kahden eri muuttujan vaikutusta toisiinsa sekä niiden välistä yhteyttä voidaan selvittää ristiintaulukoinnilla. Siinä muuttujat esitellään taulukossa niin, että ensimmäinen muuttuja tulee sarakkeelle ja toinen muuttuja riville. Näitä sanotaan sarakemuuttujiksi ja rivimuuttujiksi. Sarakemuuttujaksi kannattaa yleensä valita riippumaton syy, kuten sukupuoli tai ikä. Rivimuuttujaksi valitaan riippuva muuttuja eli seuraus. Ristiintaulukoinnilla halutaan yleensä selvittää onko sarake- ja rivimuuttujien välillä riippuvuutta, joka voidaan selvittää riippumattomuustestillä (khiin neliö-testi). Riippumattomuustestin oletuksena on, ettei muuttujien välillä ole riippuvuutta (nollahypoteesi). Riskitaso kertoo siitä, onko muuttujien välinen ero sattumaa. Riskitasosta käytetään arvoa p (probability). Tutkijan on päätettävä ennen testiä, mikä on riskitason raja, jolla nollahypoteesi voidaan hylätä. Yksi yleisimmistä riskitasoista on 0,05 eli 5 %. Mitä pienempi riskitaso on, sitä merkittävämpi tulos on. Jos tulos ylittää riskitason, jää nollahypoteesi voimaan. (Heikkilä 2008, 194–195, 210, 212.)

Valitsimme riippuvuustestin (khiin neliö-testi), koska halusimme selvittää onko tutkimuksemme kannalta merkittävää onko vastaaja entinen vai nykyinen asiakas. Valitsimme riippuvuustestiin kolme kysymystä, joista kaksi oli tutkimusongelmiamme. Kolmannen kysymyksen valitsimme sattumanvaraisesti. Riskitasoksi valitsimme 0,05, koska se on yksi yleisimmistä tasoista tutkimuksissa.

Opinnäytetyömme tulokset analysoitiin Webropol-ohjelmalla, jonka valitsimme sen helpokäyttöisyyden ja saatavuuden vuoksi. Avokysymysten analysointiin käytimme teemoittelua, jolla tarkoitetaan sitä, että saadusta aineistosta tuodaan esille tutkimuskysymyksiä valaisevia teemoja. Teemoittelulla löysimme asiakastyytyväisyyskyselyistä tutkimuskysymyksien kannalta olennaiset aiheet eli teemat. (Ks. Taanila 2007, 13.) Teemoittelu tehtiin Webropol-ohjelman avulla. Valitsimme teemoittelun, koska avokysymyksiä oli vain muutama, joten kovin syvällistä analyysiä emme niiden perusteella voineet tehdä. Teemoittelua oli mielestämme selkeä ja helppo käyttää.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Kyselyn toteuttaminen ja vastaajien taustatiedot

Asiakastyytyväisyyskysely toteutettiin kesä-heinäkuun 2013 aikana. Kyselyjä postitettiin 72 kappaletta ja vastauksia saimme 27 kappaletta. Vastausprosentti oli 37,5 %.

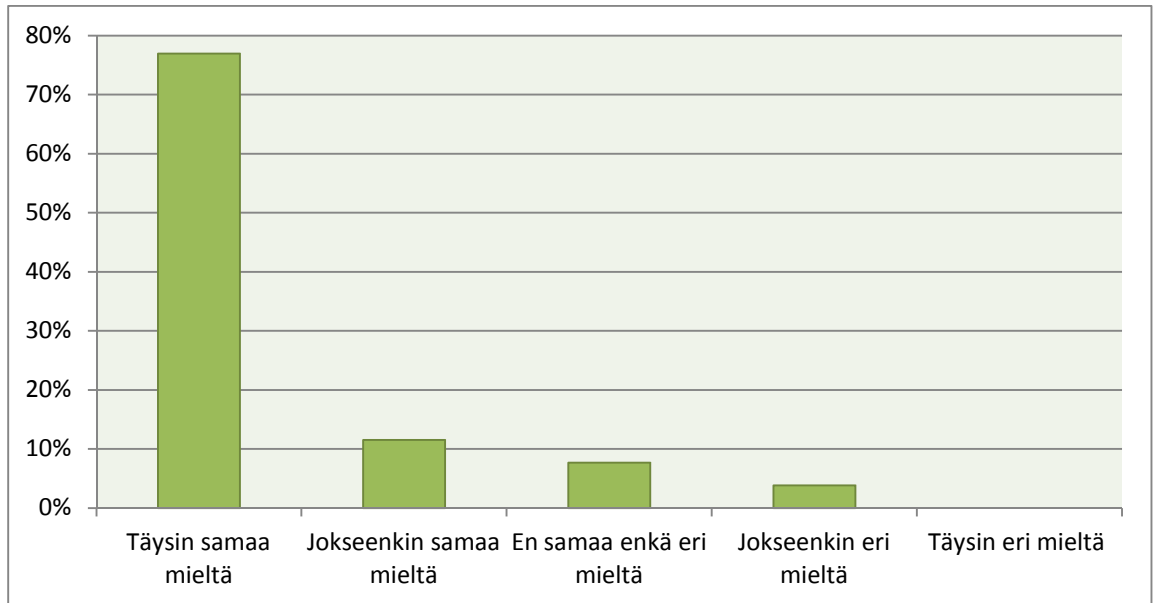
Vastaajista oli naisia 56 % ja miehiä 44 %. Nykyisiä asiakkaita oli 65 % ja entisiä asiakkaita 35 %. Suurin osa heistä (45 %) oli iältään 46–55-vuotiaita ja vähiten vastaajia (4 %) oli ikäryhmässä alle 20-vuotiaat (taulukko 1). Suurin osa (48 %) on ollut psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaana yli seitsemän kuukautta ja 33 % 1–3 kuukautta. Vastaajista 15 % on ollut asiakkaana 4–6 kuukautta ja 4 % alle kuukauden.

TAULUKKO 1. Vastaajien ikäjakauma

Ikä	Lukumäärä	Osuus (%)
alle 20	1	4
20–35	2	7
36–45	6	22
46–55	12	45
Yli 56	6	22
Yhteensä	27	100

7.2 Vastaajien tyytyväisyys kuntoutukseen ja tukeen

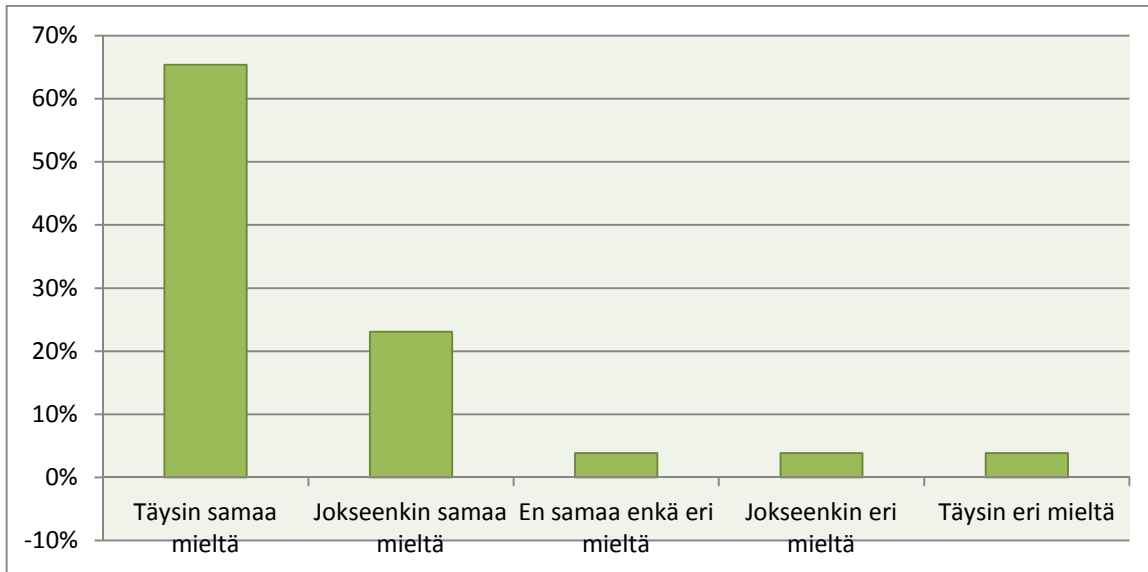
Suurimmalla osalla vastaajista (55 %) psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijä käy kotikäynnillä 2–3 kertaa viikossa. Toiseksi suurin käyntimäärä on kerran viikossa (35 %) ja vähiten käydään 4–5 kertaa viikossa (10 %). Kolme vastaajista oli itse kirjoittanut kyselylomakkeeseen, että työntekijä käy kotikäynnillä joko kerran viikossa, joka toinen viikko tai kerran vuodessa. Suurin osa (77 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että käyntimäärät olivat riittävät ja täysin eri mieltä olevia ei ollut lainkaan (kuvio 1).



KUVIO 1. Käyntimäärien riittävyys (n=26)

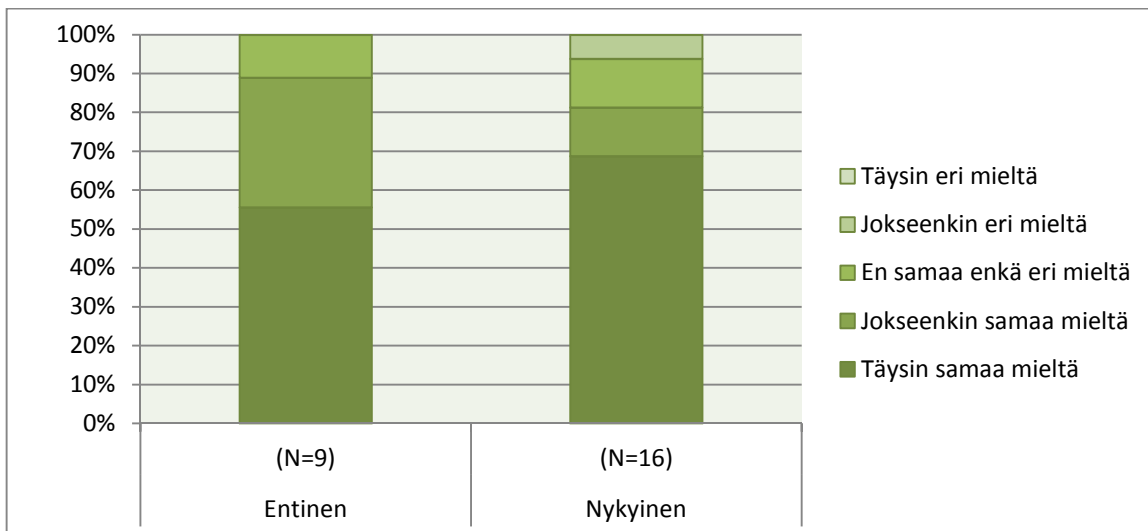
Vastaajista 76 % oli täysin samaa mieltä siitä, että työntekijän käyttämä aika asiakkaan luona on riittävä. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 16 %. Vastaajista 4 % ei ollut samaa eikä eri mieltä käyntiajasta. Täysin eri mieltä oli 4 %. Avokysymyksen perusteella työntekijöiden kotikäyntiin käyttämä aika oli vähimmillään viisi minuuttia ja enimmillään kaksi tuntia. Keskimääräinen käynti oli yksi tunti.

Vastaajista 36 % oli täysin samaa mieltä siitä, että oli saanut tarpeeksi tietoa sairaudestaan. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli samoin 36 %. Ei samaa eikä eri mieltä oli 16 %. Jokseenkin eri mieltä asiasta oli 8 % ja täysin eri mieltä 4 %. Voinnin huonontuessa 44 % oli sitä mieltä, että he saavat apua nopeasti. Asiasta jokseenkin samaa mieltä oli 40 % ja ei samaa eikä eri mieltä 8 %. Jokseenkin eri mieltä oli 4 %, samoin kuin täysin eri mieltä olevia. Avokysymyksen perusteella vastaajat saavat apua voinnin huonontuessa muun muassa Ankkurista, kotikuntoutukselta, lääkäriltä, sairaalasta, mielenterveystoimistosta, kotipalvelusta ja akuuttityöryhmästä.



KUVIO 2. Kuntoutuksen suunnittelu asiakkaan tarpeiden mukaan (n=26)

Täysin samaa mieltä siitä, että kuntoutus suunnitellaan asiakkaiden tarpeiden mukaan, oli 65 % vastanneista (kuvio 2). Täysin eri mieltä asiasta oli 4 % (kuvio 2). Avokysymyksen perusteella asioita, joihin asiakkaat voivat itse vaikuttaa kuntoutuksen suunnittelussa olivat sisältö, liikunta, käyntikerrat ja tavoitteet.

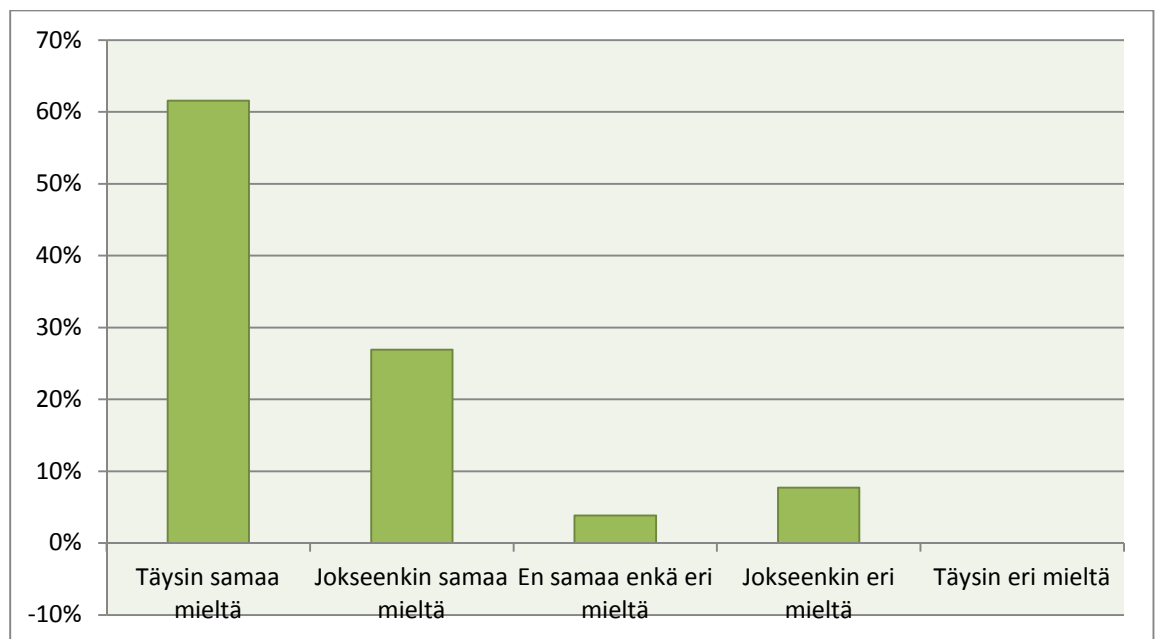


KUVIO 3. Entisten ja nykyisten asiakkaiden mielipide kuntoutuksessa tukemisesta

Vastanneista suurin osa (62 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että heitä tuetaan riittävästi kuntoutumisessa. Jokseenkin samaa mieltä oli 19 % ja ei samaa eikä eri mieltä 15 %. Jokseenkin eri mieltä oli 4 % ja täysin eri mieltä asiasta ei ollut yksikään vastaajista. Kuviosta 3 näkee, miten entisten ja nykyisten asiakkaiden mielipiteet eroavat asiasta. Riippuvuustestin mukaan ei ole väliä, onko asiakas nykyinen vai entinen ($p=0,577$). Vastauksista kävi ilmi, että 62 % on täysin samaa mieltä siitä, että työntekijät kohtelevat

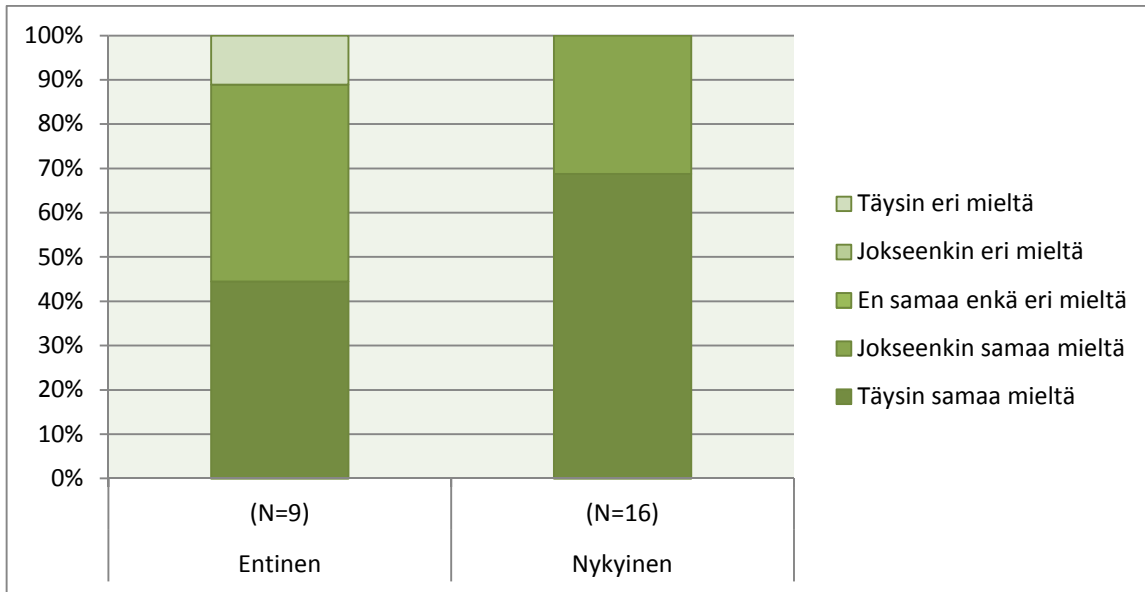
heitä asiallisesti. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 35 % ja ei samaa eikä eri mieltä 4 % vastaajista.

Vastaajista 69 % oli täysin samaa mieltä siitä, että he tulevat hyvin toimeen työntekijöiden kanssa. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 27 % ja jokseenkin eri mieltä oli 4 %. Ei samaa eikä eri mieltä ja täysin eri mieltä ei ollut yksikään vastanneista. Kysyttäessä ovatko he saaneet tarpeeksi tukea arjessa selviytymiseen, oli täysin samaa mieltä 61 % ja yksikään ei ollut täysin eri mieltä asiasta (kuvio 4)



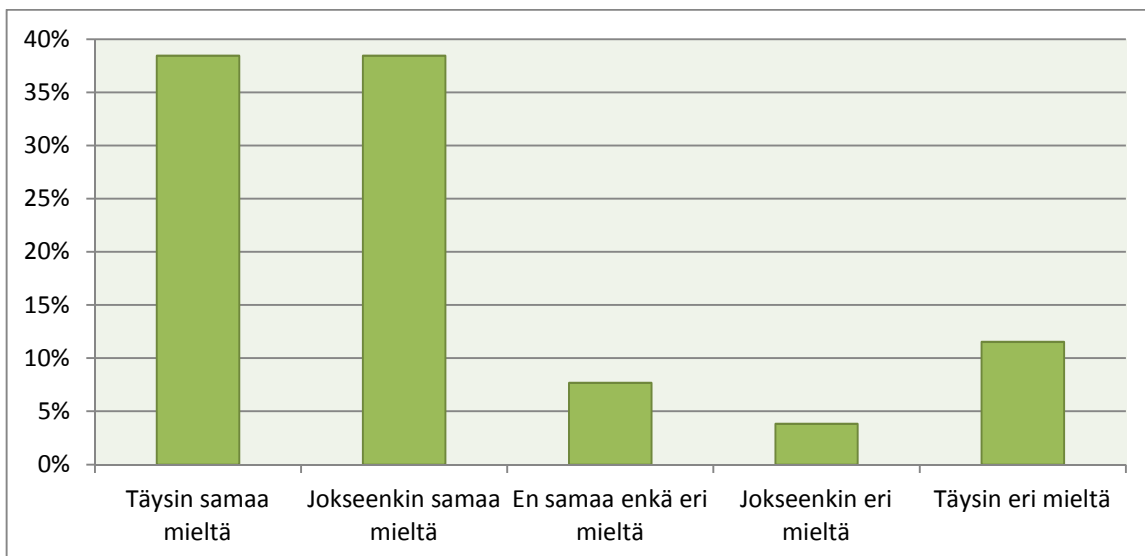
KUVIO 4. Arjessa selviytymisen tukeminen (n=26)

Yli puolet (58 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että ovat olleet tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen. Jokseenkin samaa mieltä oli 34 % ja ei samaa eikä eri mieltä 4 %. Täysin eri mieltä asiasta oli 4 % vastaajista. Kuvio 5 esittelee miten nykyisten ja entisten asiakkaiden vastaukset eroavat toisistaan. Riippuvuustestin tulos ($p=0,453$) näytti toteen sen, ettei ole väliä, onko asiakas nykyinen vai entinen.



KUVIO 5. Vastaajien tyytyväisyys kuntoutukseen

Suurin osa vastaajista (61 %) oli täysin samaa mieltä siinä, että heitä on motivoitu riittävästi lääkehoidossa. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 27 % ja ei samaa eikä eri mieltä 4 %. Täysin eri mieltä asiasta oli 8 %.



KUVIO 6. Omaisten/läheisten huomioon ottaminen (n=26)

Kysyttäessä ottavatko työntekijät huomioon myös omaiset/läheiset, täysin samaa mieltä asiasta oli 38 % ja täysin eri mieltä asiasta olevia oli 12 % (kuviot 5 ja 6). Avokysymyksen perusteella omaiset/läheiset otetaan huomioon pyytämällä heidät mukaan keskusteluihin ja palaveriin ja kyselemällä asiakkailta omaisten/läheisten jaksamisesta. Muutama vastanneista oli sitä mieltä, että omaisia/läheisiä ei ole otettu lainkaan tai riittävästi huomioon.

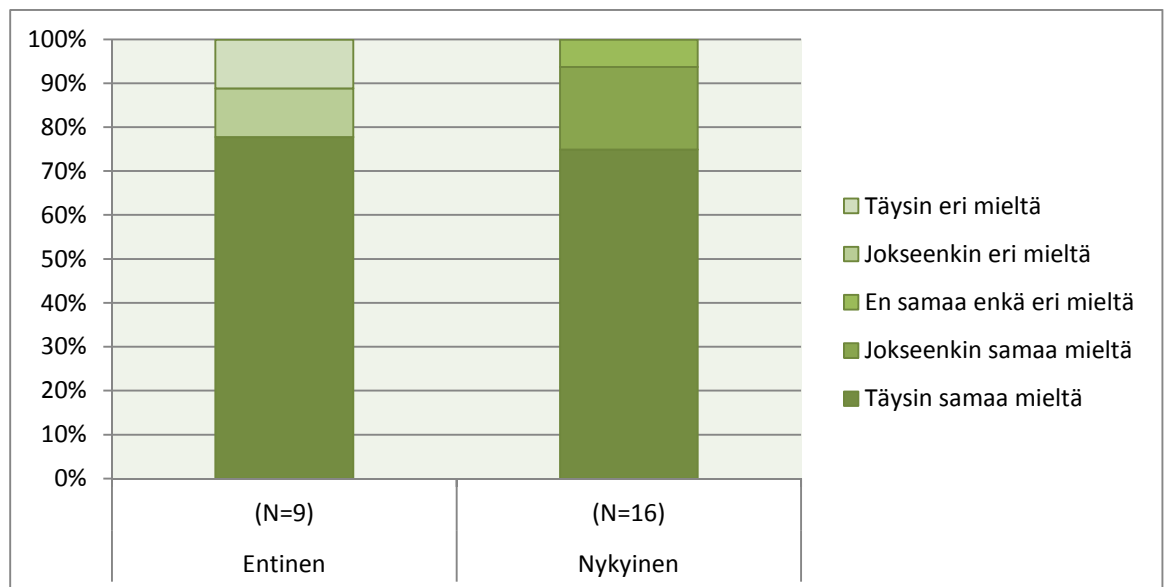
Viimeisenä kysymyksenä kysyimme: ”Jos voisit muuttaa jotain kuntoutuksessasi, mitä muuttaisit?” Teemoittelun myötä nousi esille seuraavia muutostarpeita: fyysiseen kunnon huomiointi esimerkiksi liikunnalla, ohjaaminen sukulaissuhteissa, terapian lisääminen, asiakkaiden mielipiteiden kuunteleminen, lääkehoidon arviointi ja käyntikertojen lisääminen. Suurin osa vastanneista ei haluaisi muuttaa mitään kuntoutuksessaan. Turvallisuuden tunteeseen liittyen saimme yhden vastauksen, jossa naisasiakkaan mielestä tuntui hankalalta se, että kotikäynnille tulee joko yksi tai jopa kaksi mieshoitajaa.

– – - *Fyysisen kunnon kohottaminen ei toteutunut jaksolla (liian lyhyt jakso)* – –

Olen täysin tyytyväinen saamaani kotikuntoutukseen, joten en muuttaisi mitään. Kotikuntoutus toimi hyvin ainakin minun kohdallani.

7.3 Mielipiteet kotona tapahtuvasta kuntoutuksesta

Vastaajista 68 % oli täysin samaa mieltä siitä, että he kokivat olonsa turvalliseksi psykiatrisessa kotikuntoutuksessa. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 24 %. Ei samaa eikä eri mieltä olevia vastaajia oli 4 %, samoin kuin jokseenkin eri mieltä olevia.



KUVIO 7. Entisten ja nykyisten asiakkaiden mielipide kotona tapahtuvasta psykiatrisesta kotikuntoutuksesta

Vastaajista 73 % oli täysin samaa mieltä siitä, että kotona tapahtuva kuntoutus on hyvä asia. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 11 % ja ei samaa eikä eri mieltä 8 %. Jokseenkin eri mieltä asiasta oli 4 %, samoin kuin täysin eri mieltä olevia. Kuviossa 7 näkyy

miten entiset ja nykyiset asiakkaat ovat vastanneet kysymykseen "onko kotona tapahtuva kuntoutus hyvä asia?" Vastausten perusteella näyttää siltä, että nykyiset asiakkaat ovat pitäneet kotona tapahtuvaa kuntoutusta hieman parempana asiana kuin entiset asiakkaat. Riippuvuustestin tuloksen ($p=0,214$) mukaan sillä ei ole tilastollisesti merkitystä, onko asiakas nykyinen vai entinen.

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli selvittää psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa kuntoutukseen ja tukeen. Vastauksista päätellen asiakkaat ovat olleet hyvin tyytyväisiä kuntoutukseensa sekä saamaansa tukeen. Asiakkaat ovat saaneet itse vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön, tavoitteisiin ja toteutukseen. Asiakkaat tulevat hyvin toimeen työntekijöiden kanssa ja ovat saaneet heiltä asiallista kohtelua. Voinnin huonontuessa asiakkaat olivat saaneet apua nopeasti ja sitä oli saatu eniten psykiatrisen kotikuntoutuksen ulkopuolelta. Asiakkaista viisi kertoi saaneensa apua psykiatriselta kotikuntoutukselta, joka on mielestämme melko pieni määrä. Pohtiessamme asiaa tulimme siihen johtopäätökseen, että psykiatrinen kotikuntoutus toimii vain arkena klo 8–16, joten muulloin apua on haettava muualta.

Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä siihen, että omaiset/läheiset on otettu huomioon kuntoutuksen aikana. Muutamia eriäviä mielipiteitä löytyi ja ne nousivat esille myös avokysymyksen ”Miten omaiset/läheiset otetaan huomioon?” perusteella. Eriäviä mielipiteitä pohdittaessa on huomioitava se, ettei kaikilla asiakkailla välttämättä ole omaisia lainkaan tai he eivät ole yhteyksissä heihin.

Vastausten perusteella työntekijät ovat motivoineet asiakkaita riittävästi lääkehoidossa. Muutama vastaaja oli asiasta eri mieltä ja tähän voi mielestämme vaikuttaa psykiatristen potilaiden lääkekielteisyyys. Sairaudestaan asiakkaat olivat saaneet tarpeeksi tietoa.

Toisena tavoitteena oli selvittää onko kotona tapahtuva kuntoutus hyvä asia. Suurin osa asiakkaista tunsivat olonsa turvallisiksi psykiatrisessa kotikuntoutuksessa ja koki hyvänä asiana sen, että kuntoutus tapahtuu heidän kotonaan. Yhden naisasiakkaan mielestä tuntui hankalalta se, että kotikäynnille tulee joko yksi tai jopa kaksi mieshoitajaa. Tästä syystä mielestämme turvallisuudentunnetta voisi parantaa se, että asiakkaalla olisi mahdollisuus valita tuleeko kotikäynnille nais- vai mieshenkilökuntaa. Valitettavasti tällä hetkellä se ei ole mahdollista, sillä työryhmä on miesvoittoinen.

Opinnäytetyössä käyttämiin aiempiin tutkimuksiin verraten saadut vastaukset asiakas-tyytyväisyyteen liittyen olivat hyvin samankaltaisia. Eriäväisyyksiä emme löytäneet juuri lainkaan niiltä osin mitä olimme kysyneet. Aiemmista tutkimuksista nousi tärkeinä asioi-

na esille kuntoutussuunnitelman tekeminen ja säännöllinen tarkastaminen, jota meidänkin olisi ollut hyvä kysyä.

Kyselylomaketta tehdessä mietimme ovatko avoimet kysymykset liian haasteellisia kohdejoukolle. Ennakkokäsityksemme oli väärä, sillä saamiemme vastausten perusteella asiakkaat olisivat kyenneet vastaamaan useampaankin kysymykseen, jolloin olisimme saaneet syvällisempää tietoa asiakastyytyväisyydestä. Etenkin tarkentavia avokysymyksiä olisi voinut olla enemmän.

Vastausprosenttimme (37,5 %) oli melko pieni. Vastauksia postitettiin asiakkaille 72 kappaletta ja vastauksia saimme takaisin 27 kappaletta. Mielestämme tämä voi johtua esimerkiksi asiakkaiden haluttomuudesta osallistua kyselyymme tai siitä, että osalla asiakkaista vointi on ollut tuona hetkenä heikompi kuin aikaisemmin. Mahdollisesti olisimme voineet saada enemmän vastauksia menemällä asiakkaiden luokse, mutta toisaalta silloinkin määrä olisi ollut vähäinen, koska emme olisi voineet käydä kaikkien 72 asiakkaan luona.

Ottaaksemme selvää, onko sillä merkitystä, onko asiakas nykyinen vai entinen teimme riippumattomuustestin (khiin neliö-testi). Riippumattomuustestin perusteella ei ole tilastollisesti merkitystä, onko kyseessä nykyinen vai entinen asiakas. Kaikista kolmesta vertailusta saimme p-arvoksi yli 0,05. Vastaajajoukkomme pienuuden vuoksi riippuvuustestin tulosta ei voida pitää kovin luotettavana.

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin kannalta. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä on pitänytkin mitata. Ulkoinen validiteetti kertoo tutkimuksen yleistettävyydestä. Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä eli sitä, että mittari tuottaa samankaltaisia tuloksia eri aineistoissa. Jos saadut tulokset ovat samankaltaisia, on mittari reliaabeli. Koko tutkimuksen luotettavuuden perustana on oikeanlainen mittari, joka täytyy valita oikein, jotta tutkimuksen tulokset olisivat luotettavia. Oikean mittarin valinnassa tulee arvioida onko se tarpeeksi kattava. Hyvä olisi käyttää jo valmiiksi testattuja mittareita. Jos mittari on uusi tai kansainvälinen, on tärkeää esitestata se ennen varsinaista kohdejoukkoa luotettavuuden parantamiseksi. Mittarin loppuun on hyvä liittää lomake, johon testajat voivat kirjoittaa mittarin epäkohtia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–154.)

Yhdistelemällä kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää saimme enemmän tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä saamaansa kuntoutukseen ja tukeen. Käytimme avokysymyksiä strukturoitujen kysymysten lisäksi ja näin saimme yksityiskohtaisempaa tietoa psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkailta. Valitsemalla mukaan psykiatrisen kotikuntoutuksen entiset asiakkaat saimme suuremman kohdejoukon, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Lisäksi luotettavuutta lisäsi se, että kyselyt postitettiin vastaajille suoraan kotiin. Täytetyt vastauslomakkeet asiakkaat postittivat Koljonvirran sairaalaan opinnäytetyön tekijät -merkinnällä, jotta kukaan muu kuin me, ei kirjeitä aukaise.

Eettisyys on tutkimuksessa tärkeää. Tutkimusetiikan mukaan tutkijan tulee välttää riskejä ja haittoja tehdessään tutkimusta. Tärkeää on kunnioittaa potilaiden itsemääräämisoikeutta sekä muistaa, että kyselyihin vastaaminen on aina vapaaehtoista. Haavoittuvien ryhmien suostumus tutkimukseen voi olla haasteellista. Näihin kuuluvat esimerkiksi mielenterveyspotilaat. Muita huomioitavia asioita eettisyyden kannalta ovat oikeudenmukaisuus eli tutkittavien tasa-arvo sekä anonymiteetti, jolla tarkoitetaan, ettei tutkimustuloksia anneta ulkopuolisille. Tutkimusta varten annettiin tutkimuslupa (liite 3), jonka myöntää ylihoitaja tai johtava lääkäri. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–180.)

Koljonvirran sairaalan osastosihteeri postitti kyselyt asiakkaille ja täytetyt vastaukset lähetettiin Koljonvirran sairaalaan. Tämä lisäsi eettisyyttä meidän kannaltamme, koska meidän ei tarvinnut luovuttaa omia osoitetietojamme vastaajille ja vastaajien anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan. Eettisyyteen vaikutti lisäksi se, että psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijät eivät millään tavoin auttaneet asiakasta kyselyn täyttämisessä. Heidän tehtävänä oli ainoastaan muistuttaa asiakkaita kyselyyn vastaamisesta. Eettisyyttä lisäsi myös se, että kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista.

9.2 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Tuloksistamme hyötyvät psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijät, koska he voivat kehittää psykiatrasta kotikuntoutusta saatujen tulosten perusteella. Näin myös psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaat hyötyvät tuloksista. Tutkimustuloksiamme voidaan hyödyntää tutkimuksissa, jotka käsittelevät samaa aihetta. Lisäksi tuloksiamme voidaan verrata samankaltaisiin tutkimuksiin ja katsoa ovatko saadut tulokset yhteneväisiä.

Tutkimuksemme perusteella nousi esille erityisesti omaisten huomioimisen tärkeys psykiatristen kotikuntoutuksen asiakkaille. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että heidän omai-

siaan ei oltu huomioitu tarpeeksi kuntoutuksen aikana. Tästä syystä jatkotutkimusaiheeksi nousi: ”Miten omaiset otetaan huomioon psykiatrisessa kotikuntoutuksessa ja miten sitä voisi kehittää?”.

9.3 Ammatillinen kehitys

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen hyvissä ajoin jo syksyllä 2012. Olimme päättäneet yhdessä, että teemme mielenterveyshoitotyöhön liittyvästä aiheesta opinnäytetyön. Aiheen saimmekin yllättäen, sillä tapasimme psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijän koulullamme ja kysyimme häneltä olisiko heillä tarvetta tutkimukselle. Tarve löytyi ja aloitimme heti yhteistyön. Työ on edennyt siitä lähtien rauhallisesti, mutta määrätietoisesti. Yhteistyö psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijöiden kanssa toimi alusta asti hyvin ja saimme apua tarvittaessa.

Aiheen valitsemiseen vaikutti oma mielenkiintomme uusia avohoidon toimintamalleja kohtaan sekä vaihtoehtoiset hoitotyön opinnot mielenterveyshoitotyöhön. Opinnäytetyöprosessi opetti meille tutkimuksen tekotaitoja ja tiedonhaun eri menetelmiä. Aiheen avulla opimme lisää psykiatrisesta kuntoutuksesta, josta meille on hyötyä tulevaisuudessa työelämässä.

Teimme heti alussa aikataulun, josta pidimme tiukasti kiinni. Kirjoitimme teoriaa joulukuusta 2012 toukokuuhun 2013 asti ja haimme tutkimuslupaa (liite 3) sen jälkeen. Luvan saamisen jälkeen kyselyt postitettiin kesäksi vastaajille. Analyysiä ja loppuraporttia aloimme kirjoittaa heti koulun alettua elokuussa 2013.

Haastavinta opinnäytetyön tekemisessä oli kansainvälisen teorian tiedon hakeminen, koska lähteitä oli vaikea löytää ja lukea. Omat haasteensa toi loppuraportin kirjoittamisessa erilaisten taulukoiden ja kuvioiden tekeminen, koska emme olleet aiemmin juurikaan tehneet sellaisia. Haasteista kuitenkin selvittiin yhteistyöllä toistemme sekä opettajien avulla.

LÄHTEET

- Arjen mieli 2011. *Etusivu* [verkkosivu]. Arjen mieli – mielekäs arki [viitattu 8.2.2013]. Saatavissa: <http://www.arjenmieli.fi/index.asp>
- Bergman, V., Karlsson, T., Kokko, S., Kuussaari, K., Larivaara, M., Lönnqvist, J., Nevalainen, V., Stenius, K., Suvisaari, J., Virtanen, A., Vuorenmaa, M., Vuorilehto, M., Wahlbeck, K. & Warsell, L. 2010. Tiivistelmä. Teoksessa Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, E. (toim.). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 21.1.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>, 5.
- Bronowski, P., Sawicka, M. & Charzynska, K. 2011. Home care services in the community treatment of mentally ill person. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* [verkkolehti]. 2011, nro 3 [viitattu 16.9.2013]. Saatavissa: http://www.archivespp.pl/uploads/images/2011_13_3/31Bronowski_APP3_2011.pdf
- Cunningham, P. 2007. *The Role of the Psychiatric Nurse in Home Care* [verkkojulkaisu]. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. [viitattu 27.3.2013]. Saatavissa: http://journals.lww.com/homehealthcareonline/Fulltext/2007/11000/The_Role_of_the_Psychiatric_Nurse_in_Home_Care.7.aspx
- Hafiz, A., Samy, M., Fahmy, A., Ibrahim, S. & Mesailhi, M. 2010. *Psychiatric Home Care, Length of Hospital Stay and Risk of Rehospitalization in Patients Suffering from Schizophrenia; A Case Control Study in Al Madinah Al Munawarah Region* [verkkojulkaisu]. Journal of Taibah University for Medical Sciences [viitattu 27.3.2013]. Saatavissa: http://taibahumedsc.net/issues/volume5_issue1/article6.pdf
- Hankonen, R. 2012. Toipuvalle hoitoa kotiin. *Tehy*. 8/2012, 23–24.
- Haverinen, T. 2013. Oppari [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Terhi Ryhänen. Lähetetty 3.1.2013 [viitattu 8.1.2013].
- Haverinen, Tero. Sairaanhoidaja. Iisalmi 16.1.2013. Palaveri.
- Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Huttunen, M. O. 2008. *Mielenterveydenhäiriöt* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 14.1.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002
- Huttunen, M. O. 2011. *Tietoa potilaalle: Psykoosi (mielisairaus)* [verkkokirja]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 14.1.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=psykoosipotilas
- Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kieseppä, T. & Lönnqvist, J. 2011. *Hoito ja kuntoutus* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 11.2.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04503&p_aineisto=15739&p_haku=psykiatria

Jouha, M. 2010. *"Kuntoutuksen ansiostahan minä olen nyt noussut tähän kuntoon"* Keski-Savon Hoivakehitys ry:n palvelujen vaikuttavuus kuntoutujien näkökulmasta [verkkojulkaisu]. Diakonia-ammattikorkeakoulu, DIAK Itä, Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 21.1.2013]. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20710/Pieksamaki_Jouha_2010.pdf?sequence=1

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. *Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2007. *Psykiatrisen kotikuntoutuksen toimintamalli Keski-Suomessa* [verkkojulkaisu]. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri [viitattu 11.2.2013]. Saatavissa:

<http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=26389&GUID={C8017C15-6EF3-4592-8594-BC5A24C8140B}>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2011. *Keski-Suomen Arjen mieli -hanke* [verkkojulkaisu]. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri [viitattu 8.2.2013]. Saatavissa:

<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=33491&nodeid=6459>

Kesti, M. & Korhonen, T. 2010. *Avohoitopainotteisen mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen toimintamalli Ylä-Savossa*. 4.versio. Hankesuunnitelma. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä.

Kesti, M. 2011. *Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen Ylä-Savossa*. Power point.

Kesti, M. & Haverinen, T. 2012. *Psykiatrinen kotikuntoutus*. Power point.

Koivuranta-Vaara, P., Enberg, E., Immonen-Räihä, P., Lang, L., Lehtonen, L., Puolakka, E., Roine, R., Rytönen, A. & Toiviainen, H. 2011. Teoksessa Terveystieteiden laatuopas [verkkojulkaisu]. Suomen kuntaliitto [viitattu 11.2.2013]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9ef21c0e-4519-4cd5-867d-57ed2d4c758b>, 5, 7–9, 11, 13.

Koppa s.a. *Laadullinen tutkimus* [verkkojulkaisu]. Jyväskylän yliopisto [viitattu 27.3.2013]. Saatavissa:

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Käypä hoito – suositus 2013. *Skitsofrenia* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 27.3.2013]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050?hakusana=skitsofrenia>

Laitila, M. 2010. *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa* [verkkojulkaisu]. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [viitattu 21.1.2013]. Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. *Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 8.1.2013]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054#s6

Lähteenlahti, Y. 2008. *Psykoedukaatio psykiatrisessa kuntoutuksessa* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 8.2.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00176&p_haku=Psykoedukatiivinen

Lönnqvist, J. 2011. *Mielenterveydenhäiriöt* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 14.1.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_aineisto=16597&p_haku=psykiatria

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 11.2.2013]. Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=mielenterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=mielenterveyslaki)

Määttä, J. 2012. *Selvitys mielenterveyskuntoutujien asumisesta Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa* [verkkojulkaisu]. Asumispalvelusäätiö ASPA [viitattu 21.1.2013]. Saatavissa: http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Selvitys_mielenterveyskuntoutujien_asumisesta.pdf

Nikkonen, M., Hiltunen, K., Härkönen, P., Kylmänen, J. & Palonen, L. 2001. Psykiatrinen kotikuntoutus Elämään sisältöä ja tukea arjessa selviytymiseen. *Sairaanhoitaja* 5/2001, 24–26.

Notko, T. & Järvikoski, A. 2004. *Voimaa kuulluksi tulemisesta – Mielenterveyskuntoutujien kotikuntoutusprojektin arviointi*. 2. muuttamaton painos. Helsinki: Yliopistopainos.

Partanen, M.-L., Paaso, K., Haavisto, K., Wahlbeck, K., Lönnqvist, J., Korhonen, J., Voipio-Pulkki, L.-M., Ylikoski, M., Vuorilehto, M., Lassila, A., Posio, J., Murto, L., Ruohonen, M., Tuori, T. & Partanen, A. 2009. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 8.1.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf

Psychiatric Home Health Care, MHF 2011. *Psychiatric Home Health Care* [verkkojulkaisu]. Psychiatric Home Health Care, MHF [viitattu 28.8.2013]. Saatavissa: <http://www.bitsforbizcentre.com/mhf-sxm/index.php/en/care-products/psychiatric-home-health-care>

Pylkkänen, K. 2008. *Mielenterveyden häiriöiden kuntoutus vai hoito?* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 11.2.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04503&p_aineisto=15739&p_haku=psykiatria

Päiväkeskus Pysäkki Ry 2009. *Päiväkeskus Pysäkki Ry* [verkkojulkaisu]. Päiväkeskus Pysäkki Ry [viitattu 15.4.2013]. Saatavissa: <http://www.paivakeskuspysakki.fi/>

Rautiainen, H. & Pelanteri, S. 2012. *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010*. Tilastoraportti 3/2012 [verkkojulkaisu]. Terveystieteiden tutkimuskeskus [viitattu 8.1.2013]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80162/Tr03_12.pdf?sequence=2

Rimpineva, A. & Rimpineva, E. 2012. *Palveluiden laatu ja kehittäminen Keski-Savon Hoivakehitys ry:n kotikuntoutuksessa* [verkkojulkaisu]. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäen yksikkö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 21.1.2013]. Saatavissa:

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41930/Rimpineva_Anni_Rimpineva_Eetu.pdf?sequence=1

Rissanen, P. 2008. *Kuntoutuksen tarpeet* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 27.3.2013]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04503&p_aineisto=15739&p_haku=kuntotus

Roulamo, A. -P. & Lehtonen, A. 2010. *"Se on se turvallisuuden tuntu varmaan, että on koko ajan joku, jolle puhua": asukkaiden ja omaisten näkemyksiä psykiatrisesta kotikuntouksesta* [verkkojulkaisu]. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 21.1.2013]. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23173/Lehtonen_Ari_Roulamo_Ari-Pekka.pdf?sequence=1

Simola, M. & Rauta, A. 2008. *Asiakastyytyväisyys ja -tyytymättömyys hoitotyössä*. [verkkojulkaisu]. Metropolia. Hoitotyönkoulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 14.1.2013]. Saatavissa:

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/1546/asiakast.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. *Asumista ja kuntoutusta Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 14.1.2013]. Saatavissa:

<http://pre20090115.stm.fi/pr1176454313087/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. *Kunnat saavat kehitysrahaa syrjäytymisen ehkäisyyn* [verkkotiedote]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 8.2.2013]. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1557478>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. *Mielenterveyspalvelut* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 14.1.2013]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste)* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 21.1.2013]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Taani, A. 2007. *Laadullisen aineiston analyysi* [verkkojulkaisu]. Oulun Yliopisto [viitattu 28.4.2013]. Saatavissa:

http://kelo.oulu.fi/jatkokoulutus/AT_Laadullisen_aineiston_analyysi_170407.pdf

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 11.2.2013]. Saatavissa:

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Johdanto. Teoksessa Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 Toimeenpanosta käytäntöön 2010*. Raportti 6/2011 [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 8.1.2013]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7>

Tuominen, L. & Salokangas, R. K. R. 2013 *Skitsofrenia* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 13.9.2013]. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00840&p_haku=Skitsofrenia

University of Virginia 2013. *Psychiatric* [verkkojulkaisu]. University of Virginia [viitattu 28.8.2013]. Saatavissa:
<http://www.healthsystem.virginia.edu/pub/continuum/home-health-services/psychiatry.html>

Vehkalahti, K. 2008. *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsinki: Tammi.

Virtanen, M.-K. 2005. *Kotikuntoutuksen auttamismenetelmät mielenterveyskuntoutuksessa*. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Ylä-Savon SOTE 2012. *Psykiatrian kotikuntoutustyöryhmä* [verkkojulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 11.1.2013]. Saatavissa:
<http://www.ylasavonsote.fi/index.asp?link=4955.5&language=1>

LIITTEET

LIITE 1. Asiakastyytyväisyyskysely

Vastausohje: Rastita mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Pyydämme sinua vastaamaan avoimiin kysymyksiin omin sanoin.

- | | | |
|---------------------|--------|----------|
| 1. Sukupuoli | Mies | 1 |
| | Nainen | 2 |
-
- | | | |
|--|------------------|----------|
| 2. Olen psykiatrisen kotikuntoutuksen | Entinen asiakas | 1 |
| | Nykyinen asiakas | 2 |
-
- 3. Ikä** **a)** alle 20 **b)** 20–35 **c)** 36–45 **d)** 46–55 **e)** yli 56
-
- 4. Psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaana olen ollut**
- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| a) alle kuukausi | b) 1-3 kuukautta | c) 4–6 kuukautta | d) yli 7 kuukautta |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
-
- 5. Psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijä käy luonani**
- | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a) Kerran viikossa | b) 2–3 kertaa viikossa | c) 4–5 kertaa viikossa |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
-
- 6. Käyntimäärät ovat mielestäni riittävät**
- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä
-
- 7. Työntekijän käyttämä aika luonani on riittävä**
- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

8. Kuinka kauan työntekijä on luonasi yhdellä käyntikerralla?

9. Kuntoutus suunnitellaan tarpeitteni mukaan

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

10. Mihin asioihin voit itse vaikuttaa kuntoutuksesi suunnittelussa?

11. Olen saanut tarpeeksi tietoa sairaudestani

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

12. Koen, että minua tuetaan riittävästi kuntoutumisessani

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

13. Koen, että työntekijät kohtelevat minua asiallisesti

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

14. Kotona tapahtuva kuntoutus on mielestäni hyvä asia

Täysin samaa mieltä

Jokseenkin samaa mieltä

En samaa enkä eri mieltä

Jokseenkin eri mieltä

Täysin eri mieltä

15. Vointini huonontuessa saan apua nopeasti

Täysin samaa mieltä

Jokseenkin samaa mieltä

En samaa enkä eri mieltä

Jokseenkin eri mieltä

Täysin eri mieltä

16. Mistä saat apua, kun vointisi huononee?

17. Koen oloni turvalliseksi psykiatrisessa kotikuntoutuksessa

Täysin samaa mieltä

Jokseenkin samaa mieltä

En samaa enkä eri mieltä

Jokseenkin eri mieltä

Täysin eri mieltä

18. Työntekijät ottavat huomioon myös omaiseni/läheiseni

Täysin samaa mieltä

Jokseenkin samaa mieltä

En samaa enkä eri mieltä

Jokseenkin eri mieltä

Täysin eri mieltä

19. Miten omaisesi/läheisesi otetaan huomioon?

20. Tulen hyvin toimeen työntekijöiden kanssa

Täysin samaa mieltä
Jokseenkin samaa mieltä
En samaa enkä eri mieltä
Jokseenkin eri mieltä
Täysin eri mieltä

21. Olen tyytyväinen saamaani kuntoutukseen

Täysin samaa mieltä
Jokseenkin samaa mieltä
En samaa enkä eri mieltä
Jokseenkin eri mieltä
Täysin eri mieltä

22. Olen saanut tarpeeksi tukea arjessa selviytymiseen

Täysin samaa mieltä
Jokseenkin samaa mieltä
En samaa enkä eri mieltä
Jokseenkin eri mieltä
Täysin eri mieltä

23. Minua on motivoitu riittävästi lääkeshoidossani

Täysin samaa mieltä
Jokseenkin samaa mieltä
En samaa enkä eri mieltä
Jokseenkin eri mieltä
Täysin eri mieltä

24. Jos voisit muuttaa jotain kuntoutuksessasi, mitä muuttaisit?

Kiitos osallistumisestasi asiakastyytyväisyyskyselyyn!

LIITE 2. Saatekirje



Hyvä psykiatrisen kotikuntoutuksen entinen tai nykyinen asiakas!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Terhi Ryhänen ja Jenna Huttunen Savonia ammattikorkeakoulusta Iisalmesta. Teemme opinnäytetyötämme varten asiakastyytyväisyyskyselyn Ylä-Savon SOTE:n psykiatrisen kotikuntoutuksen nykyisille sekä entisille asiakkailla. Tarkoituksena on selvittää mielipiteesi saamastasi tuesta ja kuntoutuksesta. Kyselymme on täysin luottamuksellinen ja vastanneiden henkilöiden henkilöllisyys pysyy salassa, koska kyselyiden postitus tapahtuu Psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijöiden puolelta. Olemme saaneet kyselyä varten tutkimusluvan. Kaikki vastaukset ovat meille tärkeitä ja pyydämme Sinua vastaamaan ystävällisesti kyselyymme. Voit palauttaa kyselyn joko postin kautta valmiiksi maksetulla vastauskirjeellä tai antamalla suljetun kirjekuoren psykiatrisen kotikuntoutuksen työntekijöille viimeistään heinäkuun 31. päivänä. Jos Sinulle tulee kysyttävää asian suhteen, voit ottaa yhteyttä joko meihin tai opinnäytetyömme ohjaavaan opettajaan Katrina Hyvöseen.

Yhteistyöterveisin

Terhi Ryhänen

Sairaanhoitajaopiskelija

terhi.l.ryhanen@edu.savonia.fi

Jenna Huttunen

Sairaanhoitajaopiskelija

jenna.H.huttunen@edu.savonia.fi

Katrina Hyvönen

Ohjaava opettaja

katrina.hyvonen@savonia.fi

LIITE 3. Tutkimuslupa

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

30.5.2013

83 § / 2013

623/13.00/2012

Tutkimuslupa / Jenna Huttunen ja Terhi Ryhänen

Selostus asiasta

Johtava ylihoitaja Anne Mikkonen p. 0400 144 501 anne.mikkonen@ylsasavonsote.fi

Savonia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Jenna Huttunen ja Terhi Ryhänen hakevat tutkimuslupaa päättötyölleen, jonka aiheena on "Apua vai ei?": Asiakastytytvyäisyyskysely Ylä-Savon SOTE:n psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaille. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Ylä-Savon SOTE:n psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaiden tyytyväisyys saamaansa kuntoutukseen ja tukeen. Lisäksi tarkoituksena on selvittää onko tuki sekä kuntoutus ollut riittävää. Kyselyn avulla selvittää myös asiakkaiden suhtautuminen kotona tapahtuvaan kuntoutukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakastytytvyäisyyttä saamaansa kuntoutukseen ja tukeen hyödyntämällä opinnäytetyön tuloksia. Asiakastytytvyäisyyskyselyn tuloksia hyödynnetään myös Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän psykiatrisen kotikuntoutuksen loppuraportissa. Kohderyhmä on psykiatrisen kotikuntoutuksen nykyiset ja entiset asiakkaat noin 40 henkilöä. Tutkimus toteutetaan määrällisenä tutkimuksena ja aineisto kerätään standardoidulla kyselylomakkeella. Aikataulu kuntayhtymässä on kesä/heinäkuu 2013. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus tietokannassa, sekä kirjallinen tuotos toimitetaan ylilääkäri Marja Kestille.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan Jenna Huttuselle ja Terhi Ryhäselä "Apua vai ei?": Asiakastytytvyäisyyskysely Ylä-Savon SOTE:n psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaille liitteen mukaisesti. Yhdyshenkilönä toimii sairaanhoitaja Tero Haverinen.

Päätöksen perustelu

Opinnäytetyö tukee kotikuntoutuksen asiakaslähtöistä toiminnan kehittämistä.

Peruste

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 48.

Otto-oikeus

Yhtymähallitus.

Nähtävilläolo

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 5.6.2013.

Muutoksenhaku ja toimitin

Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4 (Meijerikatu 2)
74101 Iisalmi

Laskutusosoite:
PL 17
74101 Iisalmi

Puhelinväylä:
017 27 231

Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylsasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylsasavonsote.fi

30.5.2013

83 § / 2013

Anne Mikkonen

Johtava ylihoitaja

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuk-sella.

Jakelu

Saaja:

Jenna Huttunen

Terhi Ryhänen

Tiedoksi:

Annikki Jauhiainen

Katrina Hyvönen

Tero Haverinen

Riitta Åhman

Terttu Korhonen

Marja Kesti

Leila Pekkanen

Yhtymähallituksen puheenjohtaja

